

UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE
(PARIS 6)
FACULTE DE MEDECINE PIERRE ET MARIE CURIE

Année 2006

N°

THESE
POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE
D.E.S de PSYCHIATRIE

PAR
Mlle BON Alice
Née le 15 octobre 1975 à Paris (75)

Présentée et soutenue publiquement le
3 juillet 2006

DEUIL TRAUMATIQUE ET TRAUMA
CHEZ LES RESCAPES DU TSUNAMI DE
DECEMBRE 2004

Directeur : Mr. le Docteur T. BAUBET

Président : Mme. le Professeur M-R. MORO

Mr. le Professeur F. ADNET

Mr. le Professeur A. KRIVITZKY

Mr. le Docteur Ph. LETOUMELIN

SOMMAIRE

INTRODUCTION	5
1. ENQUÊTE TSUSIX	7
1.1. CONTEXTE	7
1.1.1. La cellule d'urgence médico psychologique	7
1.1.2. Les interventions	8
1.2. OBJECTIFS	9
1.3. HYPOTHESES	10
1.4. CONCEPTS UTILISES	11
1.4.1. Trouble Etat de stress post traumatique F43.1 [309.81].....	11
1.4.2. Dissociation péri traumatique	13
1.4.3. Anxiété et dépression.....	14
1.4.4. Deuil traumatique.....	14
1.4.5. Troubles post tsunami	15
1.5. PARTICIPANTS.....	15
1.6. METHODE.....	15
1.6.1. Questionnaires utilisés	16
1.6.1.1. Questionnaire général	16
1.6.1.2. Questionnaire sur les événements vécus lors et après le tsunami	17
1.6.1.3. Questionnaire de satisfaction sur le recours aux soins psychologiques.....	17
1.6.1.4. QEDP : Questionnaire sur les expériences de dissociation péri-traumatique	19
1.6.1.5. IES-R Echelle d'impact de l'événement- révisée	20
1.6.1.6. ICG- Echelle de deuil compliqué	20
1.6.1.7. HAD: Hospital Anxiety and Depression Scale.....	21
1.6.1.8. Questionnaire d'état de santé SF-36	22
1.6.2. Analyse des résultats	23
1.7. RESULTATS.....	24
1.7.1. Description de la population	24
1.7.1.1. Population totale.....	24
1.7.1.2. Sous groupes.....	25
1.7.2. Prévalence des troubles de dissociation péri traumatique dans la semaine qui a suivi l'événement..	25
1.7.3. Evaluation du retentissement psychopathologique six mois après l'événement	26
1.7.3.1. Population totale.....	26
1.7.3.2. Prévalence des troubles psychiatriques dans les sous groupes	27
1.7.3.3. Qualité de vie dans les différents sous groupes	28
1.7.4. Suivi thérapeutique et prise de traitement	30
1.7.5. Facteurs de risques d'état de stress post traumatique dans la population totale de l'étude	31
1.7.6. Facteurs de risques d'état de stress post traumatique dans la population ayant vécu le tsunami	32
1.7.7. Facteurs de risque de deuil traumatique	32

1.7.8.	Enquête de satisfaction.....	33
1.7.8.1.	Satisfaction concernant l'organisation des soins	34
1.7.8.2.	Accessibilité du poste médical avancé	34
1.7.8.3.	Satisfaction concernant les informations dispensées	34
1.7.8.4.	Satisfaction concernant l'entretien	35
1.7.8.5.	Satisfaction concernant les effets de l'entretien	35
1.7.8.6.	Satisfaction globale concernant les soins dispensés par la CUMP	36
1.8.	DISCUSSION	37
1.8.1.	Limites	37
1.8.2.	Prévalence de la dissociation péri traumatique	39
1.8.3.	Prévalence des troubles six mois après le drame	40
1.8.3.1.	Données de la littérature	40
1.8.3.2.	Comparaison aux résultats de notre étude	41
1.8.3.3.	La prévalence des troubles selon les différents groupes considérés	44
1.8.4.	Recours à une aide thérapeutique.....	49
1.8.5.	Facteurs de risques d'état de stress post traumatique.....	50
1.8.5.1.	Données de la littérature	50
1.8.5.2.	Comparaison aux résultats de notre étude	52
1.8.6.	Les facteurs de risque de deuil traumatique	54
1.8.6.1.	Données de la littérature	54
1.8.6.2.	Comparaison aux résultats de l'étude Tsusix	57
1.8.7.	Satisfaction quant aux soins dispensés.....	57
1.9.	CONCLUSION	60

2. NOTION DE DEUIL, DE TRAUMATISME ET DE DEUIL TRAUMATIQUE ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

2.1.	LE TRAUMATISME	Erreur ! Signet non défini.
2.1.1.	Définitions.....	Erreur ! Signet non défini.
2.1.2.	Concept psychanalytique	Erreur ! Signet non défini.
2.1.2.1.	S. Freud	Erreur ! Signet non défini.
2.1.2.2.	Ferenczi	Erreur ! Signet non défini.
2.1.2.3.	Autres auteurs	Erreur ! Signet non défini.
2.1.3.	DSM IV.....	Erreur ! Signet non défini.
2.1.4.	Conclusion	Erreur ! Signet non défini.
2.2.	LE DEUIL.....	Erreur ! Signet non défini.
2.2.1.	Définitions.....	Erreur ! Signet non défini.
2.2.2.	S. Freud	Erreur ! Signet non défini.
2.2.3.	Autres auteurs	Erreur ! Signet non défini.
2.2.4.	Approche psychiatrique du deuil	Erreur ! Signet non défini.
2.2.4.1.	E. Lindemann	Erreur ! Signet non défini.
2.2.4.2.	Bowlby	Erreur ! Signet non défini.
2.2.4.3.	C.M. Parkes	Erreur ! Signet non défini.
2.2.5.	La classification DSM IV	Erreur ! Signet non défini.
2.3.	LE DEUIL TRAUMATIQUE	Erreur ! Signet non défini.
2.3.1.	La création du concept de Deuil Traumatique	Erreur ! Signet non défini.
2.3.2.	Deuil et traumatisme	Erreur ! Signet non défini.
2.3.2.1.	Le deuil : un traumatisme ?	Erreur ! Signet non défini.
2.3.2.2.	Le deuil est un traumatisme dans certaines circonstances	Erreur ! Signet non défini.
2.3.2.3.	Deuil et traumatisme : une action synergique.....	Erreur ! Signet non défini.
2.3.3.	Une situation de confusion.....	Erreur ! Signet non défini.
2.3.4.	Vers une nosographie.....	Erreur ! Signet non défini.
2.3.5.	Deuil traumatique, traumatogène et post traumatique.....	Erreur ! Signet non défini.
2.3.6.	Conclusion	Erreur ! Signet non défini.

3. CAS CLINIQUE.....	ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.
3.1. OBSERVATION	Erreur ! Signet non défini.
3.1.1. Antécédents.....	Erreur ! Signet non défini.
3.1.2. Eléments biographiques et mode de vie.....	Erreur ! Signet non défini.
3.1.3. Histoire des troubles.....	Erreur ! Signet non défini.
3.1.3.1. Chronologie des événements.....	Erreur ! Signet non défini.
3.1.3.2. Différentes périodes identifiables.....	Erreur ! Signet non défini.
3.1.4. Entretien clinique.....	Erreur ! Signet non défini.
3.2. DISCUSSION	Erreur ! Signet non défini.
3.2.1. Des réactions post traumatiques.....	Erreur ! Signet non défini.
3.2.2. Le traumatisme.....	Erreur ! Signet non défini.
3.2.3. Le deuil.....	Erreur ! Signet non défini.
3.2.4. La grossesse.....	Erreur ! Signet non défini.
3.3. DIAGNOSTIC.....	Erreur ! Signet non défini.
3.4. THERAPEUTIQUE.....	Erreur ! Signet non défini.
3.5. CONCLUSION	Erreur ! Signet non défini.
CONCLUSION	60
BIBLIOGRAPHIE	62
ANNEXE.....	73

ABREVIATIONS

CIM : Classification Internationale des Maladies

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ESPT: Etat de stress post traumatique

CUMP : Cellule d'Urgence Médico Psychologique

EDM : Episode Dépressif Majeur

INTRODUCTION

Les catastrophes naturelles sont pourvoyeuses de traumatismes multiples aussi bien physiques que psychiques et parfois de décès. Le tsunami du 26 décembre 2004, qui a ravagé les côtes du pourtour de l'Océan Indien fait partie de ces événements au fort potentiel traumatogène.

Le travail que nous présentons ici prend son origine autour de cet événement exceptionnel. Le bilan de ce raz-de-marée en terme de pertes humaines et de dégâts matériels est catastrophique, avec au moins 222 000 victimes (morts et disparus). Les victimes sont majoritairement les populations locales, mais aussi des vacanciers d'origine internationale. Face à un événement ayant un tel potentiel traumatogène, la cellule d'urgence médico psychologique de Seine Saint-Denis a été mobilisée afin d'accueillir les rescapés français et leurs familles lors de leurs arrivée à l'aéroport Roissy Charles de Gaulle.

La rencontre avec ces rescapés a apporté des interrogations concernant les intrications entre deuil et traumatisme, puisque parmi les personnes rencontrées certaines avaient vécu ces deux événements, tandis que d'autres n'avaient vécu « que » le tsunami ou « que » le deuil. Nous nous sommes alors questionnés à la fois sur la symptomatologie qu'allaient présenter ces différents groupes et sur les liens entre deuil et traumatisme.

Le deuil, défini comme la réaction à la perte d'un être cher, occupe le premier rang dans la plupart des échelles d'événement de vie. Il s'agit d'une expérience quasiment universelle. Dès lors peut-il être considéré comme un événement traumatisant se situant, par définition au delà des expériences humaines habituelles ?

La souffrance engendrée par le deuil met en évidence les limites difficiles à établir, entre le normal et le pathologique. Cette souffrance doit elle être psychiatrisée ?

C'est ce travail réalisé auprès des rescapés du tsunami que nous présentons ici. Nous reviendrons d'abord sur le contexte exceptionnel de cet événement et décrirons l'intervention en urgence de la CUMP à l'aéroport de Roissy.

Nous présenterons ensuite l'étude que nous avons réalisée auprès des rescapés français six mois après la catastrophe. L'objectif de cette étude est triple. Elle vise à évaluer l'état de santé psychique des rescapés du Tsunami six mois après la catastrophe, à évaluer les facteurs de risques de développer un état de stress post traumatique et ceux de développer un deuil traumatique, et enfin à mesurer la satisfaction des rescapés concernant l'intervention de la cellule d'urgence médico-psychologique à Roissy. Nous en présenterons les résultats et les discuterons.

Enfin, nous explorerons la clinique du deuil, du traumatisme et de leur interface, à partir des données de la littérature et du cas d'une jeune femme dont la mère est décédée au cours du tsunami.

1. ENQUÊTE TSUSIX

1.1. CONTEXTE

Le 26 décembre 2004 au matin a eu lieu au large de l'île de Sumatra un séisme d'une magnitude de neuf sur l'échelle de Richter. Ce tremblement de terre a provoqué un raz-de-marée qui a frappé avec des degrés de gravité variable les pays du pourtour de l'Océan Indien : l'Indonésie, le Sri Lanka, le Sud de l'Inde, la Thaïlande, la Malaisie, la Birmanie, le Bangladesh, l'île Maurice, la Réunion, les Seychelles, la Somalie, le Kenya et la Tanzanie.

Le bilan des pertes est catastrophique, avec au moins 222 000 morts et disparus. Ce tsunami, constitué de plusieurs séries de vagues, a été le plus meurtrier de ceux jamais relatés, touchant une population internationale constituée principalement des populations locales mais aussi des vacanciers partis pour les fêtes de fin d'année.

Devant l'ampleur de la catastrophe et son potentiel traumatogène, les pouvoirs publics se sont rapidement mobilisés afin de soutenir les populations exposées. La France compte 95 morts et 244 blessés. C'est dans ce contexte que la cellule d'urgence médico-psychologique de Seine Saint Denis a été mise en alerte dès le 26 décembre 2004 afin d'intervenir auprès des ressortissants français en provenance des zones sinistrées.

1.1.1. La cellule d'urgence médico psychologique

Un poste d'urgence médico psychologique (PUMP) est mis en place à l'aéroport de Roissy dès le 27 décembre 2004 pour une durée de douze jours. La CUMP reste encore en alerte jusqu'au 14 janvier, en cas de besoins identifiés par le médecin du Service Médical d'Urgence de l'aéroport (Baubet, 2005).

Les modalités pratiques de cette intervention étaient compliquées par l'arrivée des avions dans des terminaux différents et à des heures variables. Les volontaires de la Croix Rouge, présents à l'arrivée de chaque avion, distribuaient des feuilles d'information et proposaient aux personnes qui le souhaitaient d'être accompagnées vers le poste de secours médical et psychologique.

Les interventions ont été réalisées auprès de personnes qui en faisaient la demande spontanément, auprès de personnes orientées par un volontaire de la Croix Rouge ayant repéré une situation de détresse, auprès de personnes identifiées et abordées directement par un membre de la Cellule d'Urgence Médico Psychologique, auprès de personnes identifiées dans l'avion pour des troubles aigus et conduits au PUMP en urgence dès l'arrivée, et auprès de personnes orientées par un membre de l'équipe médico-psychologique sur place à Bangkok.

Ces deux derniers modes d'arrivée étaient les moins fréquents.

Cette intervention poursuivait trois objectifs (Baubet, 2006,a) :

- apporter un soin, un soulagement aux personnes dont l'état le nécessitait.
- organiser une prise en charge thérapeutique lorsqu'elle était nécessaire.
- Informer de la possible survenue de troubles ultérieurs, des cas dans lesquels il était souhaitable de consulter et des lieux où cela était possible de consulter.

1.1.2. Les interventions

Différents moyens d'intervention ont été mis en œuvre afin de répondre à ces objectifs (Baubet, 2005) :

- Entretiens d'information : distribution d'une note d'information à tous les arrivants indiquant les conséquences psychologiques possibles de tel évènements, les adresses de consultations de psychotraumatisme en Ile de France, l'existence des Centres Médico Psychologiques et la localisation des services d'urgence.
- Entretiens brefs : entretiens de durée inférieure à quinze minutes visant à une évaluation, à un conseil, à la réponse à une demande particulière.
- Entretiens approfondis correspondant soit à un débriefing psychologique souvent individuel en phase post immédiate, soit à une prise en charge psychiatrique d'urgence, ou à un entretien familial.

Les personnes vues lors de cette intervention pouvaient être concernées par différents événements constituant pour certains une peur pour d'autres un traumatisme, venant parfois réactiver des deuils et des traumatismes antérieurs. (Baubet, 2005) Ces événements étaient directement en rapport avec le tsunami (être emporté par l'eau, être témoin de noyades, de destructions, être exposé aux corps, être blessé) ou bien en rapport avec l'existence de deuils (identification ou non des corps, corps ramenés ou disparus, tentative d'identification des morts dans les morgues). Certains rentraient avec des urnes funéraires contenant les restes de

leurs proches, d'autres restaient dans l'incertitude. D'autres encore n'avaient pas vécu le tsunami, ils étaient à Roissy pour venir accueillir leurs proches ou s'étaient rendu dans les zones sinistrées après la catastrophe pour rechercher des membres de leur famille.

Les retours ont duré plusieurs semaines, rendant la symptomatologie très différente selon la période d'arrivée. Il y avait une grande variabilité des tableaux cliniques dépendant à la fois des trajectoires individuelles, des antécédents et des événements vécus dans la semaine précédente (Baubet, 2005). Il y a eu des tableaux cliniques avérés qui étaient liés à des phénomènes post-traumatiques, à la problématique du deuil ou à l'aggravation de pathologies antérieures.

La prise en charge des troubles psycho traumatiques se fait à plusieurs niveaux : un premier niveau de prévention et un deuxième de traitement.

La prévention primaire consiste à intervenir sur l'agent causal, c'est-à-dire sur l'événement traumatogène lui-même ; la prévention secondaire consiste à dépister les sujets à risques afin de mettre en route des soins précoces ; enfin la prévention tertiaire consiste à prévenir les rechutes ou les complications.

La prise en charge en phase immédiate et post immédiate consiste donc en une prévention secondaire, c'est-à-dire un dépistage de sujets les plus à risque et leur prise en charge. Pour cela il est nécessaire de mieux connaître l'évolution des symptômes et les facteurs prédictifs de l'évolution des troubles après différents événements traumatiques. Peu d'études ont été réalisées en France pour vérifier les hypothèses faites dans d'autres populations.

1.2. OBJECTIFS

Nous avons souhaité suivre l'évolution des troubles psychiques des victimes françaises rescapées du tsunami ayant ébranlé les côtes de l'Asie du Sud Est en décembre 2004.

Il s'agit d'une étude de cohorte, observationnelle.

L'objectif premier de cette étude est d'évaluer l'importance du retentissement psychopathologique de cet événement extraordinaire par une étude prospective. Pour cela nous avons mesuré la prévalence des états de stress post traumatiques et des deuils traumatiques six mois après le tsunami dans les quatre sous groupes que nous avons constitués selon les événements traumatogènes vécus. Cette étude prospective se prolongera par un nouveau questionnaire étudiant les troubles psycho traumatiques un an après le

tsunami. Dans ce travail nous n'exposerons que les résultats concernant les troubles présentés six mois après.

Dans un deuxième temps, nous avons souhaité identifier les facteurs de risque ou de vulnérabilité de développer des troubles post traumatiques (état de stress post traumatique et deuil traumatique) dans cette population particulière. Il s'agit alors de prévention secondaire, consistant à repérer rapidement les populations les plus à risques de développer des séquelles psycho traumatiques afin de mieux cibler les interventions dès la phase post immédiate.

La deuxième partie de l'étude est une enquête de satisfaction menée auprès des personnes qui ont bénéficié d'une prise en charge par la cellule d'urgence médico psychologique à Roissy. Il s'agit donc d'obtenir des informations sur la perception des victimes de la qualité et de l'utilité de cette prise en charge. L'objectif étant d'améliorer les modalités de ce type de prise en charge en urgence : l'accessibilité de locaux, la qualité des renseignements fournis, la disponibilité des soignants. Il est en effet nécessaire de répondre au mieux à tous ceux qui le souhaitent et qui en ont besoin, dans des conditions parfois peu favorables lorsque les personnes arrivent par flux massifs d'avion.

Cette étude n'a pas pour objectif d'évaluer l'intérêt, actuellement discuté (Nehmé et coll. 2004 ; Prieto et coll. 2004) des soins prodigués par les CUMP. En effet ce type d'études nécessiterait une autre méthodologie.

1.3. HYPOTHESES

- Notre première hypothèse est que la prévalence des troubles post traumatiques dépend des événements vécus. Plus précisément, nous pensons qu'elle sera plus élevée chez les sujets exposés à la fois au tsunami et au deuil que dans les autres sous groupes exposés soit au tsunami, soit au deuil.
- Notre deuxième hypothèse est que les sujets n'ayant pas vécu le tsunami, ni de deuil, mais dont les proches ont été impliqués, n'ont pas vécu de traumatisme et ne présentent pas de symptomatologie post traumatique, mais des troubles moins spécifiques, telles que une symptomatologie anxieuse ou dépressive.
- Notre troisième hypothèse est que les facteurs de risque de deuil traumatique et ceux d'état de stress post traumatiques diffèrent puisqu'il s'agit d'entités cliniques différentes.

1.4. CONCEPTS UTILISES

Nous avons choisi de nous référer aux définitions DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) des différents concepts utilisés, malgré les limites que présentent cet instrument (Baubet T et Moro MR, 2003).

1.4.1. Trouble Etat de stress post traumatique F43.1 [309.81]

Les critères diagnostiques de l'Etat de stress post traumatiques tels qu'ils sont décrits dans la classification internationale de psychiatrie, le DSM IV (APA, Crocq et Guelfi, 2003), sont au nombre de six.

Le premier critère définit l'événement traumatique auquel le sujet a été exposé et dans lequel les deux éléments suivants étaient présents :

- a. Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée.
- b. La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.

Les deuxième, troisième et quatrième critères décrivent la symptomatologie traumatique, comprenant trois ensembles : le syndrome de répétition traumatique, les symptômes d'évitement et l'hyperactivité neurovégétative.

B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) façons suivantes :

- a. souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des perceptions.

- b. rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse.
- c. impression ou agissement soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant les sentiments de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication).
- d. sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause.
- e. réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause.

C. Evitement persistant des stimulus associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois manifestations suivantes :

- a. efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme.
- b. efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme.
- c. incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme.
- d. réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
- e. sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
- f. restriction des affects.
- g. sentiment d'avenir « bouché ».

D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :

- a. difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu
- b. irritabilité ou accès de colère
- c. difficultés de concentration
- d. hypervigilance
- e. réaction de sursaut exagérée

Le cinquième critère introduit la notion d'une durée minimale des troubles (plus d'un mois).

Le dernier critère précise que la perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

1.4.2. Dissociation péri traumatique

La dissociation péri traumatique n'apparaît pas comme un diagnostic dans le DSM IV, il s'agit d'un diagnostic syndromique, appartenant soit au trouble Etat de stress post traumatique F43.1 [309.81] soit au trouble Etat de stress aigu F3.0 [308.3].

Les troubles dissociatifs, dans le DSM IV se caractérisent par une perturbation soudaine ou progressive, transitoire ou chronique de fonctions normalement intégrées : la conscience, la mémoire, l'identité et la perception de l'environnement. Il s'agit d'une rupture immédiate ou post immédiate de l'unité psychique au moment du traumatisme, entraînant un sentiment d'irréalité.

La symptomatologie est décrite dans la catégorie Etat de stress aigu F3.0 [308.3] :

Le sujet a présenté, pendant ou immédiatement après l'exposition au traumatisme, au moins trois des symptômes dissociatifs suivants :

- un sentiment subjectif de torpeur, d'émoussement, de détachement ou d'absence de réactivité émotionnelle ;
- une réduction de la conscience de son environnement ;
- une impression de déréalisation, avec le sentiment que le monde extérieur est étrange ou irréel;
- une impression de dépersonnalisation, caractérisée par un sentiment prolongé ou récurrent de détachement de son propre fonctionnement mental ou de son corps, l'appréciation de la réalité demeurant exacte;
- ou une amnésie dissociative : difficultés à se rappeler des détails spécifiques de l'événement traumatique.

Ces états dissociatifs peuvent durer quelques secondes à quelques jours.

1.4.3. Anxiété et dépression

Pour mesurer l'anxiété et la dépression nous avons préféré une approche dimensionnelle à une approche catégorielle. Aussi, nous nous référons aux symptomatologies anxieuses et dépressives sans poser de diagnostic.

Nous détaillerons plus précisément l'échelle que nous avons choisie (HAD) dans le paragraphe concernant les instruments de mesure.

1.4.4. Deuil traumatique

Cette notion n'existe pas dans le DSM IV, mais certains chercheurs l'ont soumise, avec des critères validés, à l'équipe de révision du DSM. C'est donc ces critères que nous avons choisis comme référence. Nous détaillerons dans notre discussion les rapports entre le deuil traumatique, le traumatisme et les pathologies du deuil. Le deuil traumatique est aussi nommé « deuil compliqué » par ses auteurs.

Proposition de catégorie psychiatrique pour le DSM-V, de Prigerson et coll. (1999) :

- A. 1. Expérience de la mort d'un autre
- 2. Trois des quatre symptômes (une fois ou parfois) :
 - a. Pensées intrusives concernant le défunt
 - b. Nostalgie pour le défunt
 - c. Comportement de recherche du défunt
 - d. Sentiment de solitude résultant du décès

- B. Quatre des huit symptômes suivants :
 - 1. Perte de projets, sentiment de futilité (futur)
 - 2. Hébéture, détachement, a-réactivité
 - 3. Difficulté à reconnaître le décès (incrédulité)
 - 4. Sentiment de vide et vie sans signification
 - 5. Sentiment qu'une partie de soi est morte
 - 6. Monde disloqué (perte de sécurité, de confiance ou de contrôle)
 - 7. Présente les symptômes ou les comportements (dangereux) de la personne décédée (fac simile)
 - 8. Irritabilité, amertume ou colère excessive concernant le décès
- C. Durée des troubles : au moins deux mois
- D. Handicap et dysfonctionnement.

1.4.5. Troubles post tsunami

Par mesure de simplification, nous avons choisi de désigner par ce terme l'ensemble de la symptomatologie que nous avons recherchée chez les rescapés du tsunami. Il s'agit donc de la symptomatologie citée : état de stress post traumatique, deuil traumatique, symptomatologie anxieuse et symptomatologie dépressive.

1.5. PARTICIPANTS

L'ensemble de l'étude a été réalisé auprès des sujets reçus par la CUMP à Roissy, lors de l'accueil des rescapés du Tsunami :

- Victimes de la catastrophe âgées de plus de quinze ans, ayant été vues par la cellule d'urgence Médico- psychologique déployée à Roissy.
- Familles des victimes, vues par la Cellule d'urgence Médico psychologique à Roissy.
- Proches des victimes souhaitant remplir le questionnaire, n'ayant pas été vues par notre équipe.

1.6. METHODE

Cette étude s'est déroulée en plusieurs étapes.

Tout d'abord nous avons appelé toutes les personnes ayant laissé leurs coordonnées à Roissy pour leur proposer de participer à cette étude et avons élargi notre population initiale par effet boule de neige. Nous leur demandions combien de personnes étaient concernées dans leur entourage, même des personnes qui n'étaient pas sur place mais qui en avaient souffert pouvaient remplir le questionnaire. Il nous semblait intéressant et important d'élargir à toute la population concernée que ce soit physiquement ou psychiquement. Par exemple, des enfants restés sans nouvelles de leurs parents pendant les premières heures ou inversement.

Après cette première étape, nous avons envoyé les auto questionnaires accompagnés d'une lettre explicative ; cette dernière variait selon le fait que les personnes avaient été jointes par nos soins ou pas.

Les questionnaires envoyés étaient au nombre de huit.

L'étude de satisfaction a été réalisée à partir d'un questionnaire que nous avons imaginé.

L'évaluation de l'état de santé psychologique s'est faite à partir d'auto questionnaires validés évaluant divers aspects de la pathologie traumatique : la dissociation , l'anxiété, la dépression, le stress post traumatique, l'état de santé général et la qualité de vie, et le deuil traumatique.

1.6.1. Questionnaires utilisés

Le questionnaire envoyé se divise en huit questionnaires d'auto évaluation (voir annexe).

1.6.1.1. Questionnaire général

Ce questionnaire évalue les aspects sociaux démographiques des populations concernées et leurs antécédents psychiatriques.

Les aspects socio démographiques pris en compte sont :

- le sexe ;
- l'âge ;
- la catégorie socioprofessionnelle selon les critères de l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques): Agriculteurs exploitants ; Artisans, commerçants et chef d'entreprise ; Cadres et professions intellectuelles supérieures ; Professions intermédiaires ; Employés ; Ouvriers ; Retraités ; Autres personnes sans activité professionnelle.
- et le statut marital : Célibataire ; Concubinage ; Marié(e) ; Divorcé(e) ; Veuf (ve).

Les antécédents psychiatriques antérieurs au tsunami sont évalués à partir de trois questions, auxquels il faut répondre par « oui », « non » ou « ne sait pas » :

- *Avez-vous déjà été suivi(e) par un psychiatre ou un psychologue, quel qu'en soit le motif ?*
- *Avez-vous déjà vécu des évènements traumatiques ?*
- *Avez-vous déjà vécu des deuils difficiles ?*

1.6.1.2. Questionnaire sur les évènements vécus lors et après le tsunami

Ce questionnaire évalue les différents traumatismes auxquels les sujets ont été exposés, selon qu'ils aient vécu le tsunami ou pas, selon qu'ils aient vécu un deuil ou pas.

Les deux premières questions concernent la situation géographique des personnes pendant le tsunami.

Les deux questions suivantes portent sur l'existence de deuils vécus et les liens de parentés avec les sujets décédés.

Nous avons recherché les événements traumatogènes auxquels les sujets, impliqués dans le tsunami, ont pu être exposés :

- *J'ai été menacé(e) par la vague / la montée des eaux*
- *A un moment, je me suis vu(e) mort(e)*
- *J'ai vu des gens se noyer*
- *J'ai vu des corps*
- *J'ai été blessé(e)*

L'ensemble des questions supposait des réponses fermées, avec comme choix de réponse « oui » ou « non ».

1.6.1.3. Questionnaire de satisfaction sur le recours aux soins psychologiques

Ce questionnaire porte sur les soins proposés par la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique et le recours aux soins psychologiques ultérieurs.

La première partie évalue la prise en charge proposée par la CUMP, son adaptation aux besoins des personnes dans un tel moment, sa facilité d'accès. Il permet de mesurer la satisfaction des personnes concernées face à un tel dispositif.

Les quatre premières questions concernent l'organisation des soins : le moment et le lieu de cette prise en charge. A ces questions il était proposé aux sujets de répondre « oui », « non », ou « ne sait pas ».

- *Le moment de l'arrivée à Roissy vous a-t-il paru être le bon moment pour rencontrer notre équipe ?*
- *Auriez-vous préféré une prise en charge plus immédiate ?*
- *Ou plus tardive ?*
- *Avez-vous trouvé facilement la cellule d'urgence à Roissy ?*

Les cinq suivantes concernent l'entretien et les informations dispensées au cours de celui-ci, là encore il fallait répondre par « oui », « non », ou « ne sait pas ».

- *Les intervenants vous ont-ils paru disponibles ?*
- *Vous a-t-on donné des adresses pour un suivi ?*
- *Les adresses données vous ont-elles satisfaites ?*
- *L'écoute fournie vous a-t-elle parue attentive ?*
- *La durée de l'entretien vous a-t-elle parue suffisante ?*

Deux questions interrogent sur les effets et la satisfaction globale concernant les soins et la dernière question est une question ouverte :

- *A votre avis, quel effet cet entretien a-t-il eu sur vous ?* Nous proposons alors 4 réponses possibles : « aucun », « soulagement partiel », « soulagement important » et « ne sait pas ».
- *Enfinement, diriez-vous que vous avez été satisfait des soins reçus à la CUMP ?* Les sujets pouvaient alors répondre « pas du tout », « pas très », « satisfait », « très satisfait » ou « ne sait pas ».
- *Avez-vous des commentaires à ajouter concernant la prise en charge par la CUMP ?*

La deuxième partie de ce questionnaire évalue le recours aux soins ultérieurs :

- *Etes-vous actuellement suivi pour des difficultés liées à cet événement par un psychiatre, par un psychologue, par un médecin généraliste, par un autre thérapeute ?*
- *Recourez-vous à une aide spirituelle ?*
- *Prenez-vous un traitement médicamenteux ?* A cette question nous proposons de préciser lequel.

A l'ensemble de ces questions les sujets étaient invités à répondre par « oui » ou par « non ».

1.6.1.4. QEDP : Questionnaire sur les expériences de dissociation péri-traumatique

C'est un auto questionnaire visant à évaluer la présence et à mesurer l'intensité des réactions de dissociation péri traumatique durant et immédiatement après un événement potentiellement traumatique. Ce questionnaire propose dix items correspondant aux symptômes de dissociation péri traumatique. Pour chaque item le sujet choisit la réponse la plus adaptée à son vécu : pas du tout vrai=1 ; un petit peu vrai=2 ; assez vrai=3 ; vrai=4 ; extrêmement vrai=5.

Ce questionnaire est habituellement administré en phase post immédiate du traumatisme. Dans cette étude, les informations en phase post immédiates n'ayant pas été recueillies, nous avons demandé aux participants d'y répondre six mois après l'événement. Les résultats restent valides puisque dans l'énoncé du questionnaire, il est précisé « [...] le choix de réponse qui décrit le mieux vos expériences et réactions *durant l'accident et immédiatement après* ». Cependant il existe un biais de remémoration à prendre en compte dans l'interprétation des résultats.

Le score s'obtient en faisant la somme des dix items, le seuil clinique est quinze, au delà duquel il existe une dissociation péri traumatique et un risque important de développer un état de stress post traumatique.

Ce questionnaire est proposé par C. Marmar et Weiss (1997), qui estiment que la dissociation péri traumatique constitue un des meilleurs indicateurs de stress aigu et un excellent critère prédictif de stress post- traumatique.

Traduit en Français par A.Brunet et C. Routhier (1999) à partir du Peritraumatic Dissociative Experience Questionnaire, les études de validation de ce questionnaire montrent ses bonnes qualités psychométriques (Birmes, Brunet et coll. (2005, (a)).

Nous avons recherché les réactions de dissociation péri traumatiques, afin de vérifier si dans cette population spécifique, la dissociation péri traumatique restait prédictive du développement ultérieur d'états de stress post traumatique et si la dissociation péri traumatique était prédictive de deuil traumatique.

1.6.1.5. IES-R Echelle d'impact de l'événement- révisée

C'est un questionnaire d'autoévaluation mesurant l'existence d'une symptomatologie d'état de stress post traumatique. Il propose vingt-deux commentaires spécifiques des états de stress post traumatiques auxquels le sujet doit répondre selon l'intensité de son vécu : pas du tout=0 ; un peu=1 ; moyennement=2 ; passablement=3 ; extrêmement=4.

On obtient trois sous scores dont il faut faire la somme : intrusion, évitement et hyperactivité neurovégétative, correspondants aux symptômes de l'état de stress post traumatique selon le DSM IV.

Un score total de vingt-deux est un indice de symptômes significatifs de stress aigu, et un score supérieur à trente-six suggère la présence d'un état de stress post traumatique (Brunet et coll., 2003).

L'échelle d'impact de l'événement a été publiée en 1975, avant l'apparition du terme stress post traumatique. L'IES-R est une version révisée de cette échelle, publiée par Horowitz en 1979, qui couvre les critères diagnostiques B, C et D du DSM de l'état de stress post traumatique.

La traduction et la validation en Français de l'impact of Event Scale-Revised, ont été réalisées par Brunet et coll. (2003) auprès d'une population de 223 femmes enceintes ayant vécu un ouragan au cours de leur grossesse. L'étude de sa validité en français a montré ses bonnes qualités psychométriques.

Il ne s'agit pas d'un test diagnostique, il permet cependant de suggérer la présence d'un état de stress post traumatique lorsque le critère de durée des troubles est rempli.

Dans cette étude nous avons choisi d'utiliser ce test pour mesurer la prévalence des états de stress post traumatique car il s'agit d'un test d'utilisation aisée et très largement utilisé.

1.6.1.6. ICG- Echelle de deuil compliqué

Ce questionnaire d'auto évaluation a pour ambition de faire le diagnostic de deuil traumatique selon les critères élaborés par Prigerson et coll. (1999). Cette échelle présente dix-neuf items représentant les symptômes du deuil compliqué quand ils apparaissent au-delà de deux semaines après la perte et qu'ils vont persister plus de deux mois. Le but de ce test est de

repérer les sujets à risque de deuil compliqué et d'en faire le diagnostic quand il est réalisé quatre à six mois après la perte. L'objectif est de prédire les sujets à risque de développer des complications psychosociales et organiques du deuil.

Le score supérieur ou égal à vingt cinq a été retenu pour porter le diagnostic de deuil traumatique.

Cette échelle a été élaborée par H.G. Prigerson et coll. (1995 a), et traduite et validée en français par M.L. Bourgeois (2002).

L'étude de validation de la version française menée par M.L. Bourgeois a été réalisée sur un échantillon de 207 sujets. Les résultats montrent qu'il ne mesure qu'une seule dimension de comportement de deuil, avec une bonne consistance interne.

1.6.1.7. HAD: Hospital Anxiety and Depression Scale

C'est un auto questionnaire structuré de quatorze items qui a pour objectif de dépister les manifestations psychopathologiques les plus courantes d'anxiété et de dépression chez les sujets hospitalisés et d'en évaluer l'intensité. Certains aspects des syndromes dépressifs et anxieux ne sont pas étudiés au travers de cette échelle, en particulier les troubles somatiques. Cette échelle a été construite afin de dépister anxiété et dépression chez des sujets hospitalisés pour des troubles non psychiatriques et présentant donc fréquemment des troubles organiques, susceptibles de fausser les résultats s'ils étaient pris en compte. Il ne s'agit donc pas d'un test diagnostique. Chaque symptôme est coté de 0 à 3 en fonction de l'intensité des symptômes au cours de la semaine écoulée. Chacune des sous échelles (anxiété et dépression) contient sept items et les scores s'étendent de 0 à 21. Les scores les plus élevés correspondent à une symptomatologie plus sévère.

Ce questionnaire a été développé par Zigmond et Snaith (1983) et traduit et validé en français par Lépine et coll. (1985) et Razavi et coll. (1989).

Il a été initialement validé auprès de sujets hospitalisés et a largement été étudié dans la population générale. Les études de validité de cette échelle sont nombreuses, menées sur de très larges populations, dans différents pays. Ces études montrent les bonnes qualités psychométriques de ce test.

D'après les auteurs de l'échelle, elle peut être utilisée dans une optique de dépistage des symptômes dépressifs et anxieux. Ainsi, si l'on désire étudier les patients ayant une probabilité élevée de présenter un trouble affectif, c'est à dire une faible proportion de faux

positifs, un score supérieur à dix pour chacune des deux sous échelles (anxiété et dépression) doit être retenu.

Si on souhaite pouvoir inclure tous les cas possibles (faible proportion de faux négatifs), la note seuil de huit doit être retenue.

Les résultats peuvent aussi être interprétés en terme de sévérité : 0 à 7 normal ; 8 à 10 léger ; 11 à 15 modéré ; et 16 à 21 sévère.

Dans l'étude Tsusix, nous avons choisi d'inclure tous les cas possibles, dans une optique de dépistage, en retenant une note seuil de huit.

1.6.1.8. Questionnaire d'état de santé SF-36

Utilisé pour l'évaluation de la qualité de vie, ce questionnaire explore les aspects de la vie personnelle et professionnelle.

C'est un auto questionnaire qui comprend trente-six questions regroupées en huit dimensions, correspondant chacune à un aspect différent de la santé. Les échelles constitutives du SF-36 mesurent 9 sous scores :

1. **Activité physique** : cette échelle mesure les limitations des activités physiques telles que marcher, monter des escaliers, se pencher en avant, soulever des objets et les efforts physiques importants et modérés.
2. **Limitations dues à l'état physique**: mesure de la gêne dans les activités quotidiennes (limitation de certaines activités ou difficultés pour les réaliser.)
3. **Douleurs physiques** : mesure l'intensité des douleurs et la gêne occasionnée.
4. **Santé perçue** : auto- évaluation de la santé en général, de la résistance à la maladie.
5. **Vitalité** : auto- évaluation de la vitalité, de l'énergie, de la fatigue.
6. **Vie et relation avec les autres** : mesure les limitations des activités sociales dues aux problèmes de santé physique et psychique.
7. **Santé psychique** : autoévaluation de la santé psychique : anxiété, dépression, bien-être.
8. **Limitations dues à l'état psychique** : mesure la gêne due aux problèmes psychiques dans les activités de la vie quotidienne : réduction du temps passé au travail, travail bâclé.
9. **Limitation de santé perçue** : évolution de la santé perçue comparée à un an avant.

Les quatre premiers sous scores mesurés permettent de calculer un score résumé physique.

Les quatre sous scores suivants permettent de mesurer un score résumé psychique.

La validation du questionnaire SF-36 en France (Leplège A. et coll. 2001) a été réalisée en population générale auprès de 3617 personnes auxquels les questionnaires avaient été envoyés. Les résultats montrent que tous les items ont une bonne corrélation avec leur propre échelle et que cette corrélation est significativement supérieure à celle observée avec les autres échelles. L'analyse factorielle confirme le caractère bidimensionnel (physique et psychique) de cet instrument.

Cette échelle est utilisée de façon courante pour mesurer les liens entre qualité de vie et affection somatique ; elle est en revanche moins fréquemment utilisée pour explorer les liens entre qualité de vie et troubles psychiatriques.

Nous avons mesuré les scores à l'aide d'un logiciel spécialement conçu pour le SF-36. Les résultats sont exprimés selon une échelle s'étalant de 0 à 100, les scores les plus élevés correspondant à un fonctionnement « normal ». Pour interpréter les résultats obtenus, nous les avons comparés aux scores obtenus dans la population générale, donnée de références, ou « normes », dont les résultats ont été obtenus sur une étude de 3617 personnes. Dans ces données de références n'apparaît pas le sous score « limitation de santé perçue, aussi n'avons-nous pas interprété ces résultats.

Nous avons choisi d'utiliser cette échelle, car l'altération de la qualité de vie semble être un très bon indice de santé des populations.

1.6.2. Analyse des résultats

En raison du petit échantillon de notre étude nous avons choisi de mesurer les liens de corrélation des différents facteurs de risques suspectés et l'incidence des troubles par le test du CHI 2.

Les relations entre présence ou absence d'ESPT et présence ou absence de deuil traumatique et les facteurs de risques ont été analysées en utilisant le test du CHI-2 pour les variables qualitatives et le test de t-Student pour les variables quantitatives.

Le seuil de significativité statistique choisi est de 5% (valeur de p).

Certaines des comparaisons qui sont faites dans cette étude concernent des analyses en sous groupes. Les résultats de ces comparaisons sont souvent biaisés et nécessiteront des études ultérieures pour valider les résultats.

Nous avons choisi de désigner sous le terme de prévalence la fréquence des troubles observée car ne connaissant pas l'état antérieur des sujets il est difficile de mesurer l'incidence.

1.7. RESULTATS

1.7.1. Description de la population

Lors de l'accueil des rescapés à Roissy, un total de 437 personnes ont été vues par l'équipe de la CUMP. Parmi elles, seules 181 personnes ont été sollicitées pour participer à l'enquête. Il s'agissait des personnes dont nous avons les coordonnées, c'est-à-dire celles ayant bénéficié d'une consultation et non d'un entretien d'information.

Parmi ces 181 personnes de plus de quinze ans sollicitées pour participer à cette enquête, 78 personnes ont répondu, un questionnaire a été considéré comme inexploitable en raison de réponses incomplètes ; 103 personnes n'ont pas répondu, dont huit nous ont explicitement dit leur refus. Le taux de participation est donc de 43%.

1.7.1.1. Population totale

77 personnes ont participé à l'enquête, 37 hommes et 40 femmes. Le sexe ratio de ce groupe était représentatif de celui du groupe initialement sollicité ($89/98=0.9$; $40/37=1$)

L'âge moyen était de 40 ans (de 15 à 70 ans).

La catégorie socio professionnelle de cette population correspondait principalement aux classes supérieures et moyennes.

Concernant les antécédents psychiatriques :

- 30% des sujets déclarent avoir été suivis dans le passé par un psychiatre ou un psychologue ;
- 40% des sujets considèrent avoir vécu des événements traumatisants antérieurement ;
- et 40% des personnes considèrent avoir vécu des deuils difficiles à réaliser.

1.7.1.2. Sous groupes

Plusieurs groupes ont été distingués en fonction des événements vécus lors du tsunami :

- Population ayant vécu le tsunami et un ou plusieurs deuils, nous désignerons par la suite ce groupe sous le nom « T+D+ ».
- Population ayant vécu le tsunami et n'ayant pas vécu de deuil, nous désignerons ce groupe par le nom «T+D-»
- Population n'ayant pas vécu le tsunami et ayant vécu un ou plusieurs deuils, nous désignerons ce groupe sous le nom «T-D+ ».
- Population non endeuillée et n'ayant pas vécu le tsunami, nous désignerons ce groupe sous le nom «T-D-», il s'agit par exemple de personnes venues accueillir leur proches à l'aéroport.

Les caractéristiques de chacun de ces groupes sont décrites dans le tableau 1.

	<i>tsunami+ deuil+ (n=8)</i>	<i>tsunami+ deuil - (n=54)</i>	<i>tsunami- deuil+ (n=10)</i>	<i>tsunami- deuil - (n=5)</i>	<i>total (n=77)</i>
hommes	5	26	5	1	37
femmes	3	28	5	4	40
moyenne d'âge	36 ans	37 ans	53 ans	43 ans	40 ans
ATCD de suivi psychiatrique ou psychologique	25%	32%	40%	0	30%
ATCD de trauma	13%	43%	50%	40%	40%
ATCD de deuil difficile	38%	41%	40%	40%	40%

Tableau 1 : Description et antécédents des groupes étudiés.

1.7.2. Prévalence des troubles de dissociation péri traumatique dans la semaine qui a suivi l'événement

Dans la population totale nous retrouvons un taux de dissociation péri traumatique (défini par un score au questionnaire QEDP supérieur a 15) élevé, de 75% dans la semaine qui a suivi l'événement.

On observe des taux de dissociation péri traumatique assez proches dans chacun des sous groupes (cf. tableau 2).

Les différences observées n'apparaissent pas statistiquement significatives ($p=0.8$).

1.7.3. Evaluation du retentissement psychopathologique six mois après l'événement

1.7.3.1. Population totale

Six mois après le tsunami, nous retrouvons des taux de prévalence élevé pour chacun des troubles :

- un taux de ESPT de 43 %, correspondant à un score à l'IES-R supérieur à 36 ;

- un taux de troubles anxieux (de légers à sévères) de 52%, parmi elles :
 - 57.5% présentent une symptomatologie anxieuse légère (Score HAD anxiété de 8 à 10) ;
 - 27.5% présentent une symptomatologie anxieuse modérée (Score HAD A : 11 à 15) ;
 - 15% présentent une symptomatologie anxieuse sévère (Score HAD A : 16 à 21).

- un taux de symptomatologie dépressive (de légère à sévère) de 30%, parmi elles :
 - 63.5% présentent une symptomatologie dépressive légère (Score HAD dépression de 8 à 10) ;
 - 27.5% présentent une symptomatologie dépressive modérée (Score HAD D : 11 à 15) ;
 - 15% présentent une symptomatologie dépressive sévère (Score HAD D : 16 à 21).

- et un taux de deuil traumatique parmi les sujets endeuillés de 66%.

Les scores de qualité de vie sont globalement peu différents de ceux observés en population générale.

1.7.3.2. Prévalence des troubles psychiatriques dans les sous groupes

Le tableau ci-dessous présente les prévalences de troubles en fonction des traumatismes vécus.

	<i>tsunami+ deuil+</i> (n=8)	<i>tsunami+ deuil -</i> (n=54)	<i>tsunami- deuil+</i> (n=10)	<i>Tsunami- deuil -</i> (n=5)	<i>Total</i> (n=77)
dissociation péri traumatique score >15	75% (n=6) moyenne*=21,5	76% (n=41) moyenne=22	80% (n=8) moyenne=21	60% (n=3) moyenne=17,6	75% (n=58) moyenne=21,6
<i>ESPT</i> score >36	38% (n=3) moyenne=31,7	43% (n=23) moyenne=35	50% (n=5) moyenne=37	40% (n=2) moyenne=26,8	43% (n=33) moyenne=34
anxiété score >7	25% (n=2) moyenne=6,4	56% (n=30) moyenne=8	70% (n=7) moyenne=10	20% (n=1) moyenne=6,4	52% (n=40) moyenne=8
dépression score >7	25% (n=2) moyenne=4,4	24% (n=13) moyenne=4,6	80% (n=8) moyenne=9	0%	30% (n=23) moyenne=5
deuil traumatique score >25	38% (n=3) moyenne=23		90% (n=9) moyenne=36		66% (12/18) moyenne=31

*= les moyennes correspondent aux moyennes des scores aux différentes échelles.

Tableau 2 : Prévalence des troubles en fonction des événements vécus lors du tsunami.

Nous ferons plusieurs observations que nous commenterons dans notre discussion :

- Les quatre sous groupes ont des prévalences assez proches d'état de stress post traumatique et de symptomatologie anxieuse : les différences de prévalence mesurées ne sont pas significatives.
- Les différences mesurées concernant la symptomatologie dépressive et le deuil traumatique dans les différents sous groupes, sont statistiquement significatives. Le

groupe T-D+ présente un taux significativement plus élevé de deuil traumatique que le groupe T+ D+.

- Les sous-groupes n'ayant pas vécu de traumatisme (groupes T-D- et T-D+) ont néanmoins présenté une symptomatologie dissociative et un état de stress post traumatique.
- On constate que le groupe T-D+ a une prévalence plus élevée de dissociation péri traumatique, d'ESPT, de troubles anxieux et de troubles dépressifs que les autres groupes. Les moyennes des scores sont aussi globalement plus élevées (sauf pour la dissociation péri traumatique où le score moyen est plus faible que celui du groupe T+D-).
- Le groupe T+D+ présente des prévalences plus faibles d'état de stress post traumatique et d'anxiété que les groupes T+D- et T-D+. Lorsqu'on observe les moyennes des scores, on constate qu'elles sont elles aussi inférieures.
- Parmi les personnes ayant vécu un deuil (n=18) le taux de deuil traumatique est plus élevé chez les personnes n'ayant pas vécu le tsunami, de même le score moyen est plus élevé dans le sous groupe n'ayant pas vécu le tsunami. Cette différence s'avère significative (p=0.03).

1.7.3.3. Qualité de vie dans les différents sous groupes

Le tableau 3 et la figure 1 représentent les valeurs des différents scores de qualité de vie du questionnaire SF-36, selon les traumatismes vécus lors du tsunami.

	<i>tsunami+</i> <i>deuil+</i> (n=8)	<i>tsunami+</i> <i>deuil -</i> (n=54)	<i>tsunami-</i> <i>deuil+</i> (n=10)	<i>Tsunami-</i> <i>deuil -</i> (n=5)	<i>total</i> (n=77)	<i>Population</i> <i>générale</i> (n=3617)
activité physique PF	88,19	92,2	82,77	96,66	90,81	84,45
limitations dues à la douleur physique	90,625	75,96	37,5	95	73,66	81,21
Douleurs physiques BP	88,125	82,5	70,75	91,5	82,13	73,39
Vie et relation avec les autres SF	84,375	73,75	53,75	92,5	73,44	81,55
Santé psychique MH	61	62,38	46,8	68	60,5	68,47
Limitations dues à l'état psychique	75	69,23	30	93,3	66,22	82,13

RE						
Vitalité VT	62,5	54,6	38	67	54,06	59,96
Santé perçue GH	75,625	69,7	55,5	80	69,13	69,13
Evolution de la santé perçue HT	53,125	44,32	37,5	45	44,4	

Tableau 3 : SF-36 : Scores moyens de chacun des sous-groupes.

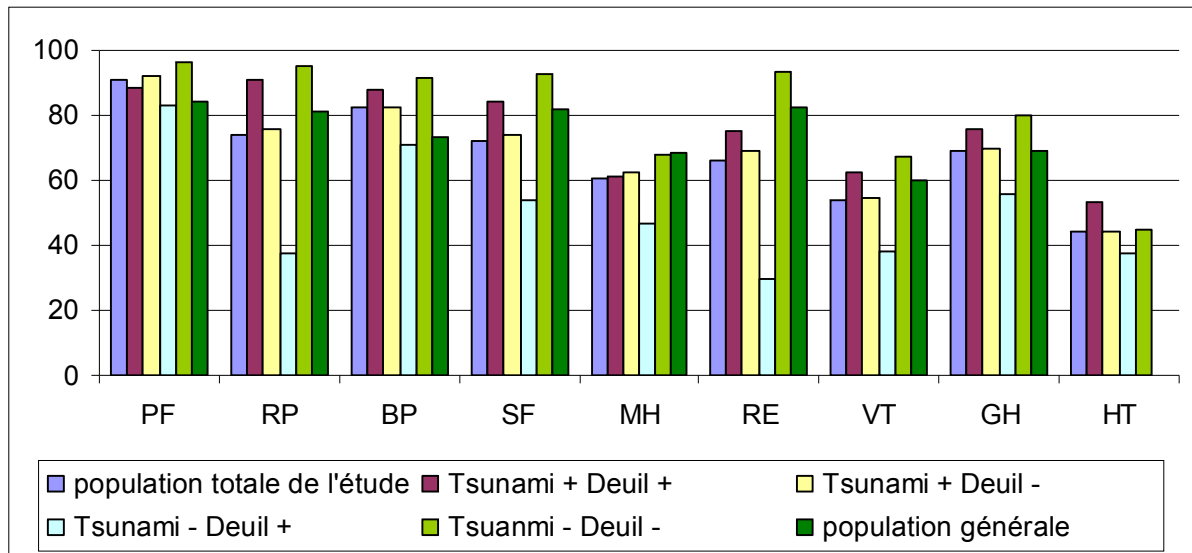


Figure 1 : SF-36 : Scores moyens de chaque groupe.

Légende

PF	activité physique	RE	Limitations dues à l'état psychique
RP	limitations dues à la douleur physique	VT	Vitalité
BP	Douleurs physiques	GH	Santé perçue
SF	Vie et relation avec les autres	HT	Evolution de la santé perçue
MH	Santé psychique		
Population générale	données issues d'étude réalisée en population générale (n=3617).		

On constate que les scores de qualité de vie de notre population totale sont comparables aux scores de qualité de vie mesurés dans la population générale (n=3617) pour l'ensemble des scores, montrant peu d'altération de la qualité de vie. Seul le score RE, limitations dues à l'état psychique, est abaissé.

Lorsqu'on considère les différents sous groupes, on observe que le groupe des sujets T-D+ présente des scores de qualité de vie abaissés dans toutes les dimensions mesurées. Ce résultat rejoint l'ensemble des résultats précédents, qui tous concluent à la plus forte prévalence de troubles post tsunami dans ce groupe.

1.7.4. Suivi thérapeutique et prise de traitement

❖ 52% des personnes (n=40) interrogées ont eu recours depuis les événements à une aide soit médicale, soit psychothérapeutique, soit spirituelle, soit multiple. Parmi elles :

- 55% ont consulté leur médecin généraliste ;
- 45% ont consulté un psychologue ;
- 35% ont consulté un psychiatre ;
- 17% ont consulté un autre thérapeute : 2 personnes ont consulté un médecin pratiquant de la médecine chinoise traditionnelle, une personne a consulté un acupuncteur, une personne a consulté un médecin ORL et un ostéopathe pour acouphènes, une personne a consulté un biokinergiste.
- 30% ont eu recours à une aide religieuse.

❖ 21% des personnes interrogées prennent un traitement médicamenteux.

- Dix personnes sont traitées par antidépresseurs, parfois associés à un traitement anxiolytique de type benzodiazépine ou à un traitement sédatif.
- Une personne reçoit une association de traitement antidépresseur et d'antipsychotique atypique.
- Deux personnes prennent un traitement sédatif.
- Deux personnes reçoivent un traitement de médecine traditionnelle chinoise.
- Une personne est traitée contre le psoriasis.
- Une personne ne précise pas le traitement reçu.

❖ Sur la figure 2 apparaissent la prise de traitement et la prise en charge en pourcentage selon les différents groupes considérés.

On remarque que le groupe ayant le plus sollicité une aide médicale, psychothérapeutique, spirituelle ou médicamenteuse est le groupe des sujets endeuillés n'ayant pas vécu le tsunami, sous groupe dans lequel on retrouve les prévalences les plus élevées pour les troubles post tsunami, et la plus forte altération de qualité de vie.

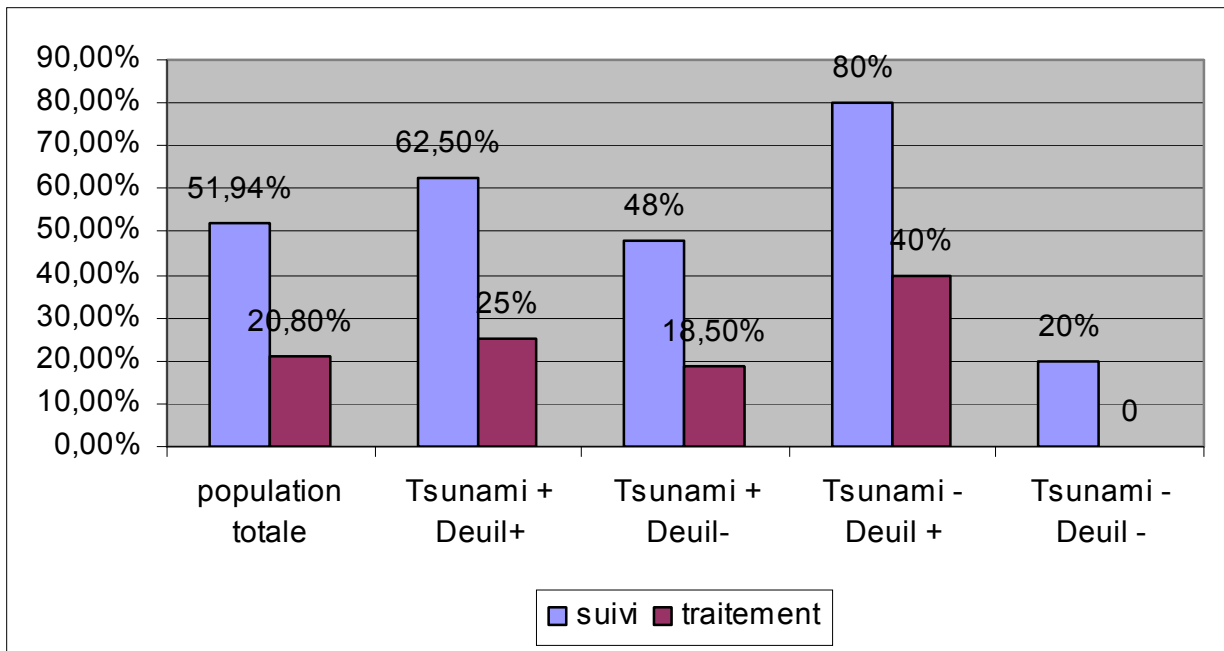


Figure 2 : Taux de prise en charge médicamenteuse et de taux de suivi dans chaque groupe.

1.7.5. Facteurs de risques d'état de stress post traumatique dans la population totale de l'étude

- Caractéristiques sociodémographiques :

Nous retrouvons plus de ESPT chez les femmes que chez les hommes, en effet 62.5% des femmes présentent un ESPT, tandis que seuls 8% des hommes présentent un ESPT. Cette différence constatée n'est probablement pas due au hasard ($p=0.0004$).

La moyenne d'âge des sujets présentant un ESPT retrouvée est plus basse que celle des personnes ne présentant pas d'ESPT, elles sont respectivement de 30 ans et de 39 ans, cependant cette différence n'apparaît pas significative ($p=0.5$).

- Antécédents :

Dans notre étude, la survenue d'états de stress post traumatiques ne semble pas significativement liée au fait d'avoir des antécédents psychiatriques ($p=0.99$) ni au fait d'avoir antérieurement vécu des traumatismes ($p=0.75$).

- Evènements vécus :

La survenue d'un deuil en situation traumatique ne semble pas prédire la survenue d'un état de stress post traumatique six mois après ($p=0.87$).

- Symptomatologie immédiate :

La dissociation péri traumatique apparaît comme significativement liée à la survenue d'états de stress post traumatique dans cette étude ($p=0.037$).

1.7.6. Facteurs de risques d'état de stress post traumatique dans la population ayant vécu le tsunami

Il est intéressant de spécifier les facteurs de risque dans cette population afin de pouvoir cibler la prise en charge des sujets en fonction des traumatismes vécus, dès la mise en place de la cellule d'urgence médico psychologique.

Dans notre étude, seul le sexe féminin semble prédictif d'état de stress post traumatique dans ce sous groupe. Ni l'âge ($p= 0,71$) ni aucun des événements testés n'apparaît prédictif de la survenue d'état de stress post traumatique.

On retrouve en effet des valeurs non significatives pour chaque item :

- Avoir vécu un moment de dissociation péri traumatique : $p= 0,06$
- Avoir été menacé par la vague : $p=0.29$
- S'être vu mort : $p=0.38$
- Avoir vu des gens se noyer : $p=0.79$
- Avoir vu des corps : $p=0.64$
- Avoir été blessé : $p=0.73$
- Avoir vécu le deuil d'un être cher : $p= 0.8$

1.7.7. Facteurs de risque de deuil traumatique

- Caractéristiques sociodémographiques :

Parmi les 18 personnes ayant vécu un deuil, on dénombre 10 hommes et 8 femmes. Une femme n'a pas répondu au questionnaire ICG concernant le deuil traumatique.

75 % des femmes (n=6) et 60 % des hommes (n=6) présentent un deuil traumatique, il est difficile de conclure s'il existe une différence de prévalence entre les sexes en raison du petit échantillon présenté. Le test du Chi 2 réalisé montre que la différence de sexe est non significative (p=0.25).

La moyenne d'âge des sujets présentant un deuil traumatique est plus élevée que celle des sujets ne présentant pas de deuil traumatique, elles sont respectivement de 53 ans et de 27 ans, cette différence apparaît significative (p=0.001).

- Antécédents :

Au niveau des antécédents, ni le fait d'avoir des antécédents psychiatriques (p= 0.1), ni le fait d'avoir antérieurement vécu des traumatismes(p=0.6), ni le fait d'avoir antérieurement vécu des deuils difficiles (p=0.25) ne semblent liés à la survenue de deuils traumatiques.

- Evénements vécus :

La présence de deuil multiples ne semble pas prédictive de la survenue de deuils traumatiques (p=0.58).

- Symptomatologie immédiate :

La dissociation péri traumatique n'apparaît pas non plus significativement liée à la survenue d'un deuil traumatique ultérieur (p=0.3).

Dans le sous groupe des sujets n'ayant pas vécu le tsunami, en revanche, on peut constater que la dissociation péri traumatique est significativement liée à la survenue d'un deuil traumatique ultérieur (p=0.03).

1.7.8. Enquête de satisfaction

Les résultats de l'enquête de satisfaction concernant les soins dispensés par la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique de Seine Saint Denis montrent des taux de satisfaction élevés.

Parmi l'ensemble des 77 participants à l'enquête, 65 personnes ont rencontré l'équipe de la CUMP à Roissy. Les 13 autres font partie de l'entourage de ces personnes. Il faut souligner le fait que les personnes prises en charge par la CUMP appartiennent aux quatre groupes constitués, qu'ils aient ou non vécu le tsunami.

1.7.8.1. Satisfaction concernant l'organisation des soins

Les personnes pouvaient répondre à chaque question, c'est pourquoi la somme n'est pas égale à 100. Par exemple certains pouvaient avoir trouvé le moment adéquat, mais auraient tout de même préféré une prise en charge plus immédiate.

- 65% des personnes vues à Roissy estiment que le moment de l'arrivée à l'aéroport correspondait à un bon moment pour rencontrer l'équipe de la CUMP ; tandis que 18% estiment que le moment n'était pas adéquat ; et 17% n'ont pas d'opinion.
- 25% des personnes auraient préféré une prise en charge plus immédiate et 17% des personnes auraient préféré une prise en charge plus tardive.

1.7.8.2. Accessibilité du poste médical avancé

- 87% des personnes vues à Roissy ont trouvé sans difficultés le poste d'Urgence Médico-Psychologique ;
- 9% des personnes n'ont pas trouvé facilement la cellule d'urgence ; 2 personnes sont sans opinion.
- Les commentaires au sujet de la prise en charge par la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique concernent essentiellement cette question de l'accessibilité aux soins. Plusieurs personnes disent avoir été conduit par les journalistes auprès de la CUMP et disent qu'ils auraient souhaité éviter ce premier contact avec la presse.

1.7.8.3. Satisfaction concernant les informations dispensées

Une note d'information a été distribuée à chacune des personnes reçues par la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique. Cette note contenait des informations concernant des lieux de soins, et des informations concernant les symptômes post traumatiques qui pouvaient apparaître.

Parmi les 65 personnes vues à Roissy 64 personnes ont reçu cette note d'information (98%) :

- 45% sont satisfaites par les adresses fournies ;
- 17% ne sont pas satisfaites par ces renseignements ;
- et 38% ne savent pas si les adresses étaient satisfaisantes.

1.7.8.4. Satisfaction concernant l'entretien

- Les intervenants sont parus disponibles à 97% des personnes, une personne (1,5%) n'a pas d'opinion concernant la disponibilité des intervenants et une autre (1,5%) ne les a pas trouvés disponibles.
- 97% des personnes estiment que l'écoute fournie était attentive ; 2 personnes (3%) ne savent pas si l'écoute était attentive.
- La durée de l'entretien a semblé suffisante à 71% des personnes, tandis que 15% ont estimé cette durée insuffisante et 14% n'ont pas d'opinion concernant la durée de l'entretien.

1.7.8.5. Satisfaction concernant les effets de l'entretien

- 12% des personnes pensent que cet entretien n'a eu aucun effet ;
- 59% des personnes estiment que cet entretien leur a permis un soulagement partiel ;
- pour 15% des personnes cet entretien a permis un soulagement important ;
- et 14% n'ont pas d'opinion.

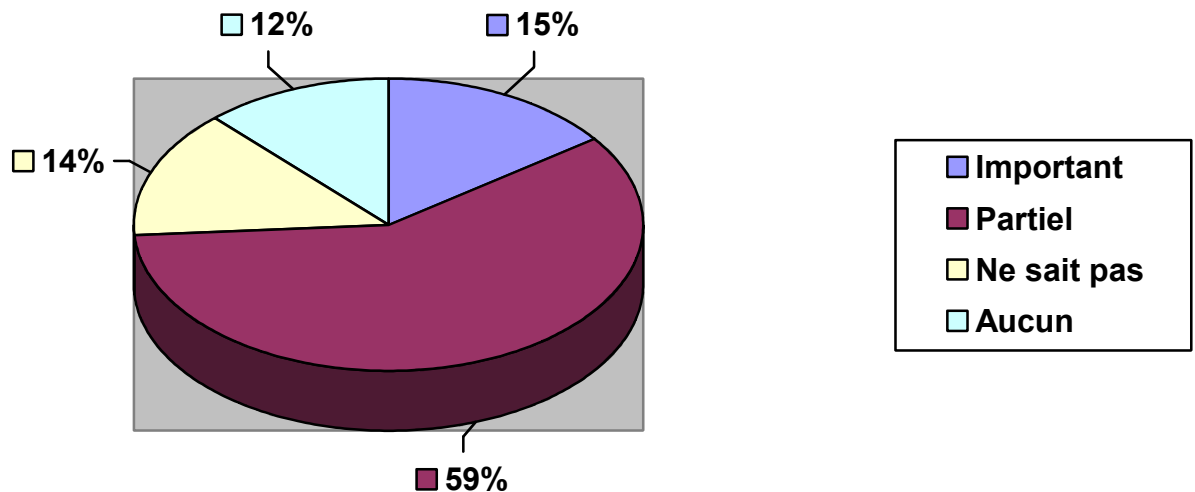


Figure 3 : Taux de satisfaction concernant les effets de l'entretien

1.7.8.6. Satisfaction globale concernant les soins dispensés par la CUMP

Parmi les 65 personnes vues par la Cellule d'urgence :

- 6% se disent peu satisfaites par les soins dispensés par la CUMP ;
- 54% se disent satisfaites par les soins ;
- 31% se disent très satisfaites ;
- 6% n'ont pas d'opinion ;

aucune personne n'a répondu « pas du tout satisfait ».

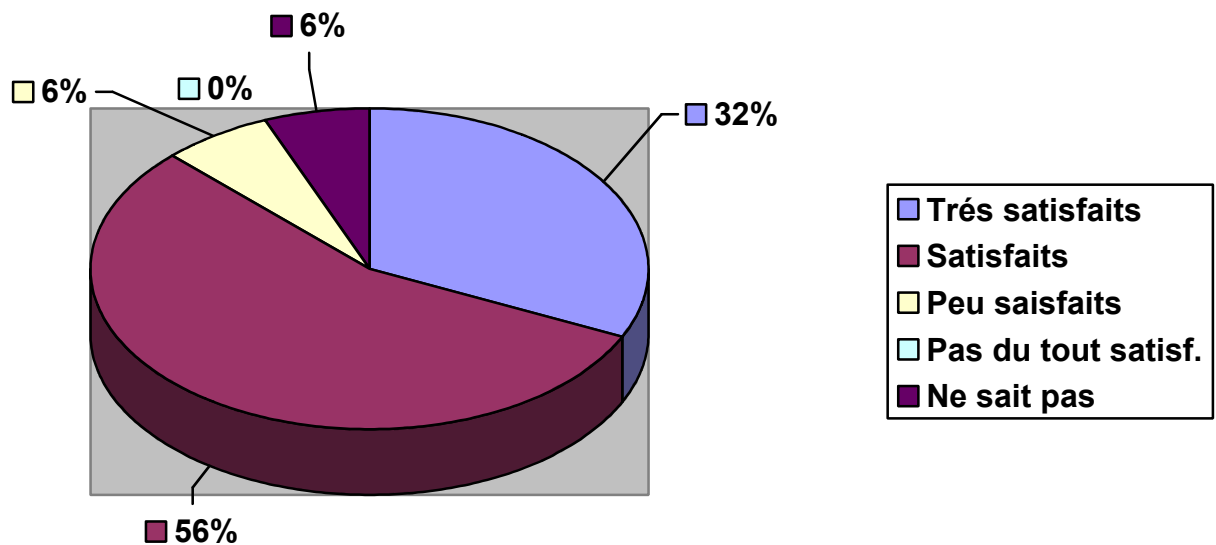


Figure 4 : Taux de satisfaction concernant les soins dispensés par la CUMP

1.8. DISCUSSION

Cette étude propose une approche descriptive d'une population exposée à un même événement potentiellement traumatique.

1.8.1. Limites

Une limite importante de cette étude est la constitution de l'échantillon et sa petite taille qui incitent à une interprétation prudente.

- Biais de sélection :

La constitution initiale du groupe doit faire envisager un premier biais de sélection, puisque les personnes contactées sont celles qui ont été vues par la Cellule d'urgence médico psychologique à Roissy et qui avaient été repérées en situation de détresse ou qui avaient fait la demande d'une consultation. De plus parmi les personnes qui avaient été vues, seules celles ayant bénéficié d'un entretien approfondi (5.1% des arrivants) ont été contactées, les coordonnées des autres n'ayant pas été collectées (Baubet, 2005). Il est donc possible que cette population présentait une situation de détresse plus importante que l'ensemble des rescapés français, les prévalences des troubles post tsunami peuvent être surestimées dans cette population.

- Biais d'auto sélection :

Le taux de participation de 43% doit faire envisager un biais d'auto sélection des patients. Il est possible que les sujets ayant accepté de participer à cette étude aient été les plus traumatisés, sollicitant ainsi une aide, alors que les personnes n'ayant pas de troubles n'avaient pas le souhait de remémorer leur expérience. Cela entraînerait une surestimation des troubles post traumatiques dans cette population. Il est possible au contraire que les sujets les plus traumatisés aient moins participé à l'enquête, refusant de parler à nouveau de cette expérience encore douloureuse, dans ce cas nous sous estimerions le prévalence des troubles. Trois personnes nous ont dit les raisons de leur refus, à savoir qu'ils souhaitaient penser à l'avenir et oublier ce traumatisme, ne laissant ainsi pas préjuger de leur santé psychique.

- Appariement des groupes

La population totale est assez homogène en terme de catégories socio professionnelles. De plus, nous avons supposé, sans le mesurer, qu'il s'agissait d'un groupe culturellement homogène de sujets occidentaux. Cette hypothèse faite, nous n'avons pas recherché de manifestations autres que celles décrites dans une population occidentale. Les sous groupes constitués présentent des différences importantes concernant la taille des groupes, les antécédents personnels et les moyennes d'âge.

- La taille des groupes :

Les sujets n'ayant pas vécus le tsunami sont beaucoup moins nombreux que ceux ayant vécu le tsunami. On peut penser que ces personnes se sont senties moins concernées par le questionnaire, soit parce qu'elles n'avaient pas vécu le tsunami, soit parce qu'elles n'avaient pas rencontré la Cellule d'Urgence Médico Psychologique (ce groupe ayant largement été contacté par effet boule de neige). On peut aussi penser qu'elles se sont senties moins concernées parce qu'elles présentaient moins de troubles que leur proches. Un questionnaire nous est revenu, très incomplet, où la personne précisait qu'elle n'était pas elle-même concernée par les événements puisqu'elle ne les avait pas vécus. Parmi ceux n'ayant pas vécu le tsunami, les sujets ayant vécu un deuil sont plus nombreux, ce qui vient renforcer l'hypothèse que ce sont ceux qui avaient vécu le plus d'événements autour de cette catastrophe qui se sont sentis concernés par le questionnaire.

Nous observons d'autre part que la population endeuillée est moins importante que la population n'ayant pas vécu de deuil, soit parce qu'il y a moins de personnes endeuillées, soit parce que les personnes endeuillées ont moins répondu.

- Les caractéristiques socio démographiques :

Les groupes ont été constitués de façon non randomisée, il est donc peu étonnant que nous ne retrouvions pas les mêmes caractéristiques socio démographique dans chacun de ces groupes. Nous constatons que les moyennes d'âge diffèrent ainsi que les antécédents. Le groupe des sujets n'ayant pas vécu le tsunami est constitué de personnes plus âgées que ceux ayant vécu le tsunami. Au niveau des antécédents psychiatriques, de deuil difficile et d'expérience d'événement traumatisant, nous retrouvons des taux très différents dans chacun des sous groupes. En revanche, en terme de sexe ratio et de catégorie socio professionnelle, les sous groupes constitués ne diffèrent pas de façon significative.

- Les antécédents :

Dans notre population nous retrouvons un taux d'antécédent d'exposition à un événement traumatique de 40%. Ce résultat est comparable aux résultats retrouvés par Breslau et coll. (1991) dans une étude réalisée parmi 1007 jeunes adultes Américains : ils retrouvent une prévalence sur la vie entière d'exposition à un événement potentiellement traumatique de 39.1%. Dans une seconde étude, Breslau (1998) trouve que le risque d'exposition à un événement potentiellement traumatique, rapporté par 2181 sujets, est de 89.6%. Kessler (1995) trouve, dans une étude réalisée parmi 5 877 personnes une prévalence sur la vie entière de l'exposition à un événement potentiellement traumatique de 60.7% pour les hommes et de 51.2 % pour les femmes.

ML Bourgeois (2004) rapporte que 20 % des deuils seraient des deuils compliqués, dans notre étude, 40 % des sujets rapportent des antécédents de deuils difficiles. Cependant la question que nous avons posée ne permet pas de présumer d'un diagnostic de deuil traumatique.

Concernant les antécédents psychiatriques, 30% des sujets déclarent avoir été suivi dans le passé par un psychiatre ou un psychologue. Nous n'avons pas retrouvé de résultats dans la population générale, mais ce taux de 30% semble élevé. On peut penser que ces sujets ont répondu parce qu'ils étaient plus sensibilisés en raison de leurs antécédents. Il faut aussi rappeler que notre population n'est pas représentative de la population générale en terme de catégorie socio professionnelles et peut être d'autres facteurs pouvant influencer sur le recours aux soins psychiatriques.

1.8.2. Prévalence de la dissociation péri traumatique

Selon les études réalisées, les réactions de dissociation péri traumatique sont assez fréquentes, de 25 à 79 % (P. Birmes et A. Brunet, 2005 (b)). La prévalence observée dans notre population (75%) est donc élevée, mais correspond aux résultats d'autres études. Le recueil des informations dans notre étude s'est fait de façon rétrospective, faisant appel aux souvenirs des sujets, qui peuvent donc avoir été réinterprétés, en fonction de la symptomatologie actuelle. Ainsi, les personnes présentant une symptomatologie post traumatique riche au moment du recueil des données auront-elles tendance à surestimer les troubles présentés lors de l'événement ; tandis que les personnes indemnes de troubles au moment du recueil des données pourront avoir oublié les troubles présentés lors de l'événement.

1.8.3. Prévalence des troubles six mois après le drame

1.8.3.1. Données de la littérature

Les données de la littérature sont extrêmement variables concernant la prévalence des troubles psychiatriques survenant après un événement traumatique, elles dépendent des instruments de mesure utilisés ainsi que des événements vécus.

L'ensemble des études menées en population générale montrent que les états de stress post traumatiques concernent environ 1 à 10% de la population générale (Prieto, 2001) et affectent avec une grande variabilité les victimes soumises à des événements traumatiques spécifiques. Une étude de grande envergure (n=2145) réalisée dans six pays européens met en évidence une prévalence d'état de stress post traumatique en population générale de 1.9%. (The ESEMeD/MHEDEA 2000 investigators, 2004).

- Etat de stress post traumatique :

Concernant les états de stress post traumatiques, les données sont nombreuses et nous avons limité nos recherches aux études menées après une catastrophe naturelle.

Dans une revue de la littérature, Ducrocq et coll. (2001) trouvent que selon les études, la prévalence de l'ESPT après une catastrophe naturelle varie entre 50 et 60%. L'étude menée par Carr et coll. (1995) sur plus de 3 000 personnes ayant vécu le séisme de Newcastle (Australie) en 1989 montre une prévalence d'état de stress post traumatique de 18.3% six mois après. Le tremblement de terre de janvier 1998 ayant affecté la province du Hebei en Chine a fait 49 morts et 44000 sans abris. L'étude de Wang X et coll. (2000) montre que le taux d'état de stress post traumatique est de 8.5% à trois mois et de 14.3% à neuf mois pour la population d'un village proche de l'épicentre sévèrement détruit et de 22.7% à trois mois et à neuf mois pour la population d'un village plus éloigné et faiblement endommagé. Il explique cette différence par le fort soutien accordé par les autorités au village le plus endommagé. Aux Etats-Unis, l'inondation de Buffalo Creek en 1972 a entraîné la mort de 125 personnes. Green et coll. (1990) retrouvent un an après un taux d'état de stress post traumatique de 44% qui passe à 28% quatorze ans plus tard.

- Deuil traumatique :

Le taux de deuil traumatique dans cette étude est de 66% parmi les sujets endeuillés. Les données concernant la prévalence du deuil traumatique sont peu nombreuses, sachant la

relative nouveauté de cette notion d'une part et la disparité des moyens de mesure d'autre part. W. Middleton et coll. en 1996 soulignent la très grande variabilité de la prévalence du deuil compliqué, de 9 à 20% selon les études, dépendant notamment de la définition des formes cliniques, de la population étudiée et du choix des instruments de mesure et des bases théoriques sous-jacentes. Van Doorn et coll. (1998) trouvent dans une population de 59 veufs ou veuves quelles que soient les circonstances du décès, un taux de deuil traumatique de 33,5%, mesuré avec l'ICG.

- Anxiété et dépression :

Nous n'avons pas utilisé de test diagnostique de l'épisode dépressif majeur ou de troubles anxieux, nos résultats ne sont donc pas comparables aux mesures retrouvées dans la littérature.

- Qualité de vie :

Concernant la qualité de vie, le questionnaire SF 36 a été peu utilisé pour explorer les liens entre qualité de vie et troubles psychiatriques.

FH Chou et coll. (2004) étudient ces liens, à l'aide de l'échelle SF 36, dans une population Taïwanaise (n= 4223) ayant été exposée à un tremblement de terre en 1999.

Ils trouvent que plus les troubles psychiatriques post traumatiques sont sévères, plus l'altération de la qualité de vie est importante, à la fois dans ses dimensions physiques et psychiques.

Silvermann et coll. (2000) dans une étude parmi 67 veufs et veuves, concluent que le diagnostic de deuil traumatique est significativement associé à une altération de la qualité de vie.

1.8.3.2. Comparaison aux résultats de notre étude

La prévalence des troubles post tsunami observée est élevée quelque soit le groupe étudié, avec un taux d'état de stress post traumatique de 43%, un taux de symptomatologie anxieuse de 52%, un taux symptomatologie dépressive de 30% et une qualité de vie peu perturbée dans ses dimensions psychiques et physiques. L'ensemble de ces résultats témoigne de l'intensité du retentissement psychique de cet événement six mois après sa survenue.

- Prévalence de l'état de stress post traumatique

Lorsque l'on compare ces résultats à ceux d'autres études réalisées auprès de personnes ayant été victimes de catastrophes naturelles, on observe que dans notre population la prévalence de l'état de stress post traumatique est élevée six mois après la catastrophe.

Cependant cette comparaison est à réaliser avec prudence, puisque nous comparons des études menées sur des populations différentes, dans des conditions différentes :

- Les instruments utilisés pour évaluer la symptomatologie post traumatique diffèrent selon les études.
- Il faut certainement prendre en compte les facteurs culturels puisque ces études ont été réalisées auprès de victimes d'origine et de culture bien différentes, et dont les troubles peuvent s'exprimer de diverses manières, non prises en compte par les méthodes utilisées.
- Bien que ces différentes catastrophes naturelles soient comparables dans leur origine et leurs effets, leur intensité diffère ainsi que le niveau de préparation des populations à ces différents événements. On sait en effet que les facteurs de soudaineté et de brutalité sont essentiels à la notion de traumatisme. Il est possible que des sujets vivants dans une région à risque de tremblement de terre soient plus préparés à ces événements, que des sujets vivants dans des régions exemptes de tremblements de terre.

Néanmoins certains facteurs peuvent venir expliquer cette prévalence élevée de troubles post traumatique outre les biais de sélection et d'auto sélection de notre population cités plus haut :

- Les caractéristiques du tsunami de décembre 2004 (Romano, 2006) :

Il se distingue par son intensité, il s'agit du tsunami le plus meurtrier jamais relaté ; par son imprévisibilité, il a touché des régions habituellement indemnes de ce type de catastrophes ; par sa soudaineté et son caractère inattendu, il n'existe pas de centre de dispositif de surveillance des tsunamis dans l'océan Indien, le phénomène n'avait donc pas été prévu, et les autorités n'avaient pas été préparées.

- La particularité de notre population :

Il s'agissait principalement de vacanciers partis pour les fêtes de fin d'années, qui se trouvaient loin de leur repères culturels (Romano, 2006) et de leurs proches lors de l'événement et qui n'étaient certainement pas préparés au risque de survenue d'un tel événement. Parmi ces vacanciers, certains n'avaient même jamais entendu parler de

tsunami et lorsqu'ils ont vu la mer s'éloigner, ils ont rapporté avoir d'abord été à la rencontre de la vague, « par curiosité ». D'autre part cette population a aussi comme particularité d'avoir un taux élevé d'antécédents psychiatriques, puisque près de 30% déclarent avoir consulté un psychiatre ou un psychologue auparavant, et 40 % déclarent avoir vécu des événements traumatisants ou des deuils difficiles. Il s'agit donc d'une population possiblement fragile psychiquement.

- La présence massive de la mort, avec des cadavres très abîmés, jonchant le sol ; mais aussi une absence de retour des corps, disparus.

- Un dernier facteur semble devoir être cité, il s'agit de la couverture médiatique de l'événement, avec la « stigmatisation traumatique en tant que miraculés » (Romano, 2006) qui pourrait avoir un rôle de « sur traumatisation », venant majorer l'impact traumatique. Ainsi certains rescapés racontent comment ils ont été accueillis par les journalistes dès leur arrivée à l'aéroport et que dès cet instant il leur a été demandé de raconter les événements vécus, avant même qu'ils aient pu bénéficier d'un soutien familial ou professionnel. D'autres racontent qu'ils n'avaient pas mesuré l'ampleur de l'événement avant d'avoir vu les images télévisées, qui leur ont fait revivre l'événement lors de leur retour en France.

- Qualité de vie :

Dans l'étude Tsusix, nous ne retrouvons pas le même lien entre qualité de vie et troubles post traumatiques que celui décrit par Chou (2004). On observe que la population totale présente des scores de qualité de vie tout à fait comparables à ceux de la population générale, voire même plus élevés. Cependant il apparaît que le groupe ayant les plus forts taux de prévalence de troubles post traumatiques (groupe de sujets endeuillés n'ayant pas vécu le tsunami) est le groupe où la qualité de vie est la plus altérée.

1.8.3.3. La prévalence des troubles selon les différents groupes considérés

❖ Le groupe présentant le plus de troubles post tsunami n'est pas celui auquel nous nous attendions. En effet, nous avons formulé l'hypothèse que le groupe le plus enclin à développer des séquelles psycho traumatiques était celui des personnes ayant à la fois le traumatisme du tsunami et un deuil.

Or nous observons dans cette étude que c'est la population des sujets ayant vécu un ou plusieurs deuils, sans avoir vécu le tsunami, qui présente les troubles les plus sévères, comme l'indique l'ensemble des indices mesurés.

Ainsi, c'est dans ce groupe que nous retrouvons :

- les prévalences les plus élevées de dissociation péri traumatique, d'état stress post traumatique, de symptomatologies anxieuses et dépressives;
- la plus importante demande de soins et la plus forte consommation de psychotropes ;
- et il s'agit du seul groupe présentant des scores de qualité de vie abaissés en comparaison avec ceux de la population générale.

Plusieurs hypothèses permettent de rendre compte de cette différence.

- Le biais de sélection et d'auto- sélection :

Il s'agit d'un groupe principalement constitué par effet boule de neige, donc non directement contacté par notre équipe. Ces sujets, ainsi recrutés étaient souvent moins directement concernés. On peut supposer que dans ce groupe les personnes qui ont répondu étaient celles demandeuses de soins, et émotionnellement très touchées par le tsunami.

- Les caractéristiques socio démographiques de ce groupe :

Ce groupe est celui dont la moyenne d'âge est la plus élevée, celui dont les antécédents psychiatriques, les antécédents de traumatisme et les antécédents de deuil difficiles sont les plus importants. Un autre élément qui n'a pas été étudié concerne les liens de parenté des personnes endeuillées avec leurs défunts. Ce groupe dont la moyenne d'âge est élevée est constitué en partie de grands parents ayant perdu plusieurs petits enfants. Il serait certainement nécessaire de mesurer la prévalence des troubles en fonction des liens de parenté dans une autre étude.

- Hypothèse psychopathologique :

On peut imaginer que les sujets de ce groupe présentent une culpabilité importante de n'avoir pu être présents auprès de leurs proches, de n'avoir pu leur venir en aide, la culpabilité entraînant une pérennisation des troubles.

Ces sujets ont aussi comme particularité de présenter une symptomatologie traumatique alors qu'ils n'ont pas vécu le tsunami. Cette constatation vient confirmer celles de plusieurs auteurs (que nous citerons dans une partie consacrée aux liens entre traumatisme et deuil), qui considèrent que le deuil en situation traumatique peut constituer un traumatisme.

Si l'on se réfère à la description de l'état de stress post traumatique dans le DSM IV, le critère A1, définissant le trauma, spécifie : « La caractéristique essentielle de l'état de stress post traumatique est le développement de symptômes caractéristiques faisant suite à l'exposition à une facteur de stress traumatique extrême [...] consécutif au fait d'apprendre [...] une *agression grave ou une menace de mort ou de blessure subie par un membre de la famille ou de quelqu'un de proche* ». Selon cette définition, la perte d'un être cher en situation traumatique peut être considérée comme un trauma, puisqu'elle peut entraîner une symptomatologie d'ESPT.

❖ Le sous-groupe des personnes n'ayant vécu ni deuil ni tsunami présente des états de dissociation péri traumatique et des états de stress post traumatiques. Ce résultat est lui aussi assez inattendu, puisque n'ayant pas vécu de trauma, il semble étonnant qu'ils présentent une symptomatologie post traumatique.

Pour expliquer cela il faut d'abord se référer au biais de sélection concernant le groupe des sujets n'ayant pas vécu le tsunami, et à la très petite taille de notre échantillon (n=5), constitué de personnes probablement très particulièrement touchées.

Ensuite, si de prime abord ces personnes n'ont pas été confrontées au trauma, on peut penser que le fait d'être dans l'expectative et dans l'attente de nouvelles de proches possiblement décédés, peut constituer en soi un trauma.

Nous pouvons à nouveau nous référer à la définition du DSM IV sus citée : le fait d'apprendre une agression grave ou une menace de mort ou de blessure subie par un membre de la famille peut constituer un traumatisme s'il entraîne une symptomatologie d'ESPT.

Voici un commentaire qui nous a été livré par une jeune fille qui n'a vécu ni le deuil d'un proche, ni le tsunami :

« J'ai 18 ans, mes parents et mon frère de 4 ans étaient en Thaïlande lors du tsunami, mais moi j'étais en France. Lorsque ça s'est passé je ne croyais pas qu'ils étaient touchés (peu d'informations) puis nous attendions des nouvelles et mon angoisse est montée de plus en plus au fil des heures. Dans l'attente depuis 9 h, à 14h mon grand père m'a téléphoné en pleurant, j'ai alors su que mes parents étaient morts et puis il m'a dit qu'ils allaient tous bien. Et alors j'ai appelé les personnes qui se faisaient du souci, j'étais très forte. Mais dès que je me retrouvais seule je pleurais, où dès que j'étais avec mon petit ami je craquais. J'avais besoin de voir des images, de savoir, ce qui m'a beaucoup perturbé c'est le fait de ne pas avoir entendu leurs voix avant qu'ils soient à nouveau en France. Je n'arrivais pas à dormir, dès que je fermais les yeux je voyais ce que ma famille avait dû subir. J'étais vraiment perturbée et ce qui m'a beaucoup étonnée c'est que j'ai pensé quasiment toujours qu'à ma mère (peut être parce que je savais déjà qu'elle avait peur de l'eau et qu'elle faisait des cauchemars de tsunami).

Dès que je les ai vu tout allait beaucoup mieux [...] Et puis les choses sont peu à peu rentrées dans l'ordre. Mais je me sens un peu coupable de ne pas y avoir été, je me sens vraiment concernée par tout ça. Et j'ai une certitude, si j'y avais été je serais morte. D'y penser me fait toujours mal. J'ai appris la valeur de la vie, et j'en profite chaque seconde.»

Cette jeune femme qui ne présente pas d'antécédents psychiatriques, traumatique ou de deuil difficile, présente un score élevé de dissociation péri traumatique. Son score à l'IES-R est évocateur d'un état de stress post traumatique, il est intéressant de noter que son sous score « intrusion » est élevé, sous score le plus spécifique de la pathologie post traumatique, tandis que son sous score d'hyper éveil est très faible.

A travers ce témoignage elle nous livre son vécu traumatique de l'événement.

Elle décrit ainsi une période d'attente, d'expectative, durant laquelle elle est sans nouvelles de ses proches et durant laquelle elle s'imagine le pire. Elle décrit aussi la culpabilité de ne pas avoir été sur place, la culpabilité d'avoir survécu, mais on peut penser qu'il s'agit aussi de la culpabilité d'avoir imaginé le pire pour ses proches. La certitude qu'elle serait morte si elle

avait vécu le tsunami, vient possiblement soulager la culpabilité de n'avoir rien pu faire, d'avoir été impuissante.

Elle décrit aussi des éléments de reviviscence d'un traumatisme « par procuration », les images télévisées venant alimenter ses « rêveries diurnes » (bien que le terme soit particulièrement mal choisi).

A travers cet exemple on peut imaginer que le traumatisme n'est pas réservé exclusivement à ceux qui ont vécu le tsunami, mais que leurs proches peuvent aussi vivre un traumatisme

Quel en est le mécanisme ? Est-ce que l'effraction traumatique est alors due au fait d'avoir « vu » ses proches mourir, comme une image qui s'impose et non plus comme la résultante de l'imagination et de la « rêverie » ; ou est elle plutôt liée à l'attente, à l'absence d'informations et à une imagination qui se nourrit de cette attente et des images et qui nous parviennent.

Nous pouvons retenir à travers ce témoignage plusieurs éléments pouvant expliquer l'existence d'une symptomatologie post traumatique dans cette population T-D-

- L'attente et la culpabilité d'avoir imaginé la mort de ses proches peuvent certainement engendrer des troubles.
- L'exposition médiatique :

Bien que les images médiatiques ne soient pas traumatisantes, est il possible que chez des sujets fragilisés par l'attente d'information, elles constituent un facteur de « surtraumatisation » (défini par Romano et coll. 2006 comme des facteurs susceptibles de majorer l'impact traumatique d'un événement) ou sont elles simplement un facteur supplémentaire alimentant l'angoisse et l'imagination ?

Des études au sujet de la valeur traumatisante des images médiatiques ont été réalisées chez les enfants (Pfefferbaum B et coll. 2001 a, 2003) et chez des adultes (Ahern J et coll. 2002). Les premières montrent que chez des enfants non directement exposés au traumatisme (attaque terroriste d'Oklahoma City en 1995) le degré d'exposition aux images télévisées est directement corrélé à la symptomatologie d'ESPT. Ils concluent que les images télévisées peuvent après un tel désastre contribuer à la symptomatologie d'ESPT ou que le fait de regarder ces images peut être le signe d'une détresse importante. Ahern et coll. (2002) ne trouvent pas d'association entre la prévalence de l'ESPT et la fréquence d'exposition aux images télévisées. En revanche chez ceux directement affectés par la catastrophe (particulièrement ceux ayant vécu un deuil) ils trouvent que les plus exposés aux images télévisées présentaient plus fréquemment des états de stress post traumatiques que ceux moins exposés à ces images.

- La transmission du traumatisme :

Dans la littérature, la transmission du traumatisme aux sauveteurs et aux personnes impliquées autres que les victimes directes est décrite. L. Ouss-Ryngaert (2003) observe chez les soignants des symptômes attestant qu'ils sont eux même pris dans la question du traumatisme (idées ou images obsédantes, troubles du sommeil, sursauts, incapacité à supporter les choses). Les effets du traumatisme sont transmis au clinicien. Elle propose différents moyens de transmission : exposition directe au traumatisme, par contagion sur un mode empathique ; par traumatisme indirect (effet traumatique du récit brut du patient) ; par effets cumulatif de situations ou de témoignages, faisant écho à des situations vécues, par le réveil de traumatismes personnels vécus ou transmis par la génération précédente.

MR Moro (2003, a) évoque la transmission du traumatisme des parents aux enfants et aux bébés, ainsi qu'aux soignants. N. Veilleux, MR Moro et coll. (2004) décrivent la prise en charge d'une famille confrontée à un traumatisme extrême et à la mort violente d'un enfant en situation de guerre dans les territoires Palestiniens. Au sujet de la réaction de la tante à la mort de son neveu (elle avait ingéré des morceaux de cerveau de ce dernier), les auteurs relatent un cas de transmission du traumatisme aux thérapeutes : « on peut dire que les effets du traumatisme s'étaient transmis comme traumatisme indirect au clinicien (...) Cela avait provoqué chez le clinicien et l'interprète une amnésie sélective, portant sur cette information impossible à penser, sorte de « tâche aveugle » dans la prise en charge.

- ❖ Le groupe des personnes ayant vécu à la fois le tsunami et un deuil présente des prévalences plus faibles d'état de stress post traumatique et d'anxiété que les autres groupes. On pouvait imaginer que ces personnes ayant vécu ces deux événements différents auraient des prévalences plus élevées de troubles post tsunami.

Plusieurs hypothèses peuvent être faites.

La première est que ces sujets, par l'importance des événements vécus, ont reçu un soutien plus important de leur entourage et des professionnels de santé, qu'ils ont été plus facilement demandeurs de soins et d'aide . On constate qu'il s'agit d'une population ayant un fort taux de recours aux soins et un fort taux de consommation médicamenteuse (recours aux soins 62.5% pour 51% de la population totale et prise de médicaments de 25% pour 20% de la population totale).

D'autre part, ces personnes se sont peut être senties moins culpabilisées d'être en difficulté en raison de l'importance des événements réellement vécus et de l'impuissance objective à laquelle ils ont été confrontés.

Enfin, il faut formuler l'hypothèse que la sidération induite par les événements vécus est telle dans ce groupe, que les sujets n'ont pas encore, à six mois, développé de troubles. Ces sujets sont peut être encore six mois après les événements « sidérés ». C'est pourquoi il nous semble nécessaire de poursuivre cette étude dans le temps. Faut il considérer que le deuil et le traumatisme sont en concurrence comme le fait MF Bacqué (2003, c) ?

❖ Parmi les personnes ayant vécu un deuil (n=18) le taux de deuil traumatique et les scores mesurés à l'ICG sont plus élevés chez les personnes n'ayant pas vécu le tsunami. Cette différence s'avère significative (p=0.03). Le fait d'avoir vécu le traumatisme avec la personne décédée protégerait-il d'un deuil traumatique ? Le fait d'être éloigné de ses proches lorsqu'ils décèdent augmente-t-il le risque de deuil traumatique ? Cette deuxième hypothèse rejoint la constatation faite précédemment concernant le traumatisme. Nous avons en effet observé que les sujets ayant vécu un deuil sans avoir vécu le tsunami présentaient un taux plus important de troubles post tsunami et avons émis l'hypothèse que les sujets n'ayant pas vécu le tsunami présentaient une culpabilité plus importante de n'avoir pu entourer leurs proches.

1.8.4. Recours à une aide thérapeutique

D'un point de vue quantitatif, on constate que les sujets présentant le plus de troubles, les personnes endeuillées n'ayant pas vécu le tsunami, sont ceux qui ont le plus recours à une aide médicale, psychothérapeutique, spirituelle ou médicamenteuse.

Ces résultats peuvent être interprétés de différentes façons :

- On peut provoquer les responsables de la santé mentale en concluant que l'aide apportée n'est pas efficace voire même délétère. En maintenant la préoccupation au traumatisme, les troubles se pérennisent et les sujets présentent une psychopathologie plus importante et plus intense.
- On peut aussi penser que les personnes les plus traumatisées sont celles qui ont le plus besoin d'aide, et y ont le plus recours.

D'un point de vue qualitatif, on constate que les recours sont variés puisque les personnes interrogées ne consultent pas spécifiquement des spécialistes du trauma.

1.8.5. Facteurs de risques d'état de stress post traumatique

1.8.5.1. Données de la littérature

❖ Les facteurs de risques communément admis, majorant le risque traumatique après exposition à un événement traumatique sont (Prieto N, 2001)

- Le sexe féminin ;
- Les antécédents psychiatriques et la comorbidité (troubles anxieux et dépressifs, conduites addictives). De plus la comorbidité est un facteur de chronicité ;
- Le bas niveau socio-économique ;
- D'autres facteurs de risques plus liés à l'événement lui même : le fait d'avoir perdu un proche ou d'avoir été témoin d'une mort ; le fait d'avoir fortement risqué sa vie ; le fait d'avoir été grièvement blessé physiquement ;
- Certaines réactions immédiates lors de l'événement : le fort niveau de stress, l'apparition rapide de symptômes traumatiques, la dissociation péri traumatique.

Le rôle de l'âge varie selon les études, ne permettant pas de constituer un facteur de risque communément admis. Jehel et coll. (2001) trouvent que les personnes plus jeunes présentent un risque plus grand de développer un ESPT dans une population de 56 personnes ayant été victimes de l'attentat dans le métro Saint Michel du 3 décembre 1996 ; tandis que F.H CHOU et coll. (2004) trouvent que dans une population Taïwanaise (n= 4223) ayant été exposée à un tremblement de terre, les sujets les plus touchés psychiquement étaient plus âgés que les autres ; Weine et coll. (1998) trouvent aussi que les sujets les plus âgés sont plus à risque de développer un état de stress post traumatique, dans une population de 34 réfugiés Bosniens.

Dans une méta- analyse incluant 68 études, Ozer et coll. (2003) retrouvent sept facteurs prédictifs d'ESPT : (1) les antécédents de traumatisme ; (2) les antécédents de troubles psychiatriques ; (3) les antécédents familiaux de troubles psychiatriques ; (4) le sentiment durant le trauma de menace vitale ; (5) le support social pauvre ; (6) la réponse émotionnelle péri traumatique ; (7) et la dissociation péri traumatique. Ces deux derniers facteurs étant les plus forts prédicteurs de l'ESPT.

Plusieurs études montrent que la dissociation péri traumatique est un facteur de risque important de développer un ESPT. Ursano et coll. (1999) confirment ces résultats dans une

étude prospective réalisée auprès de 122 victimes d'accidents de moto. Ils retrouvent que l'existence d'une réaction de dissociation péri traumatique multiplie par 5 le risque de ESPT à 3 mois après. Dans une étude prospective, Birmes et coll. (2001, 2003) trouvent des résultats similaires chez 35 sujets victimes d'agression physique. Ils ont fait passer le questionnaire QEDP dans les 24 heures suivant l'agression, suivi d'un entretien clinique deux semaines et trois mois après, au cours desquels ils recherchaient des symptômes d'état de stress post traumatique. Ils ne retrouvent pas de lien significatif entre état de stress post traumatique et âge, statut marital, statut socio professionnel, ou type de traumatisme. Les résultats montrent que la dissociation péri traumatique et le stress aigu sont corrélés à l'apparition d'un état de stress post traumatique, et qu'ils peuvent être utilisés pour identifier à un stade précoce de sujets à haut risque de développer un état de stress post traumatique. En effet, les scores du questionnaire QEDP des sujets présentant un état de stress post traumatique sont plus élevés que ceux des sujets ne présentant pas d'état de stress post traumatique.

❖ Les études réalisées auprès de victimes de catastrophes naturelles :

Koopman et coll. (1994) montrent dans une étude rétrospective réalisée auprès de 154 personnes victimes d'une catastrophe naturelle (incendie) que la dissociation, la perte d'autonomie et la survenue d'événements stressants après le traumatisme sont fortement prédictifs d'un ESPT sept mois après.

L'étude menée par Carr et coll. (1995) après le séisme de Newcastle (Australie) en 1989 retrouve comme facteurs prédictifs les plus importants le niveau d'exposition au danger (blessure et sentiment de menace vitale) et les bouleversements dans le mode de vie. Les autres facteurs prédictifs d'une souffrance psychologique étaient : l'âge élevé, le sexe féminin, un support social pauvre, le recours à l'évitement comme mécanisme de défense, les antécédents de troubles émotionnels et la survenue d'événements de vie nombreux post tremblement de terre.

L'étude de Wang X et coll. (2000) après le tremblement de terre en Chine de janvier 1998, trouve comme facteur de risque de trouble post traumatique l'absence de soutien accordé aux populations.

Le tremblement de terre de 1988 en Arménie, fit environ 10 000 victimes. A.K Goenjian et coll. (1994) ont réalisé une étude auprès de 179 victimes un an et demi après. Le facteur le plus prédictif d'état de stress post traumatique était le décès d'un membre de la famille.

L'ouragan Mitch au Nicaragua a fait plus de 2 millions de victimes, dont 4 000 sont décédées. Dans une étude réalisée auprès de 158 adolescents six mois après l'ouragan, A.K Goenjian et coll. (2001) trouvent que la sévérité des réactions post traumatiques (ESPT) et des troubles dépressifs est corrélée à la sévérité des événements « objectifs » vécus (blessure corporelle sur soi ou son entourage, décès dans l'entourage, habitation endommagée). Les événements « subjectifs » vécus (avoir eu très peur, avoir eu peur de mourir ou d'être sévèrement blessé, avoir eu peur que quelqu'un de l'entourage ne soit sévèrement blessé ou ne meure, avoir eu le sentiment de ne pas contrôler ce qui se passait, s'être senti confus ou nerveux, avoir eu le sentiment que ce qui se produisait était irréel) ne sont pas corrélés aux événements « objectifs vécus ». Ils retrouvent comme facteurs de risque d'état de stress post traumatique la sévérité des événements vécus objectifs et subjectifs. L'existence d'un deuil et le sexe, bien qu'ils soient liés à la survenue d'ESPT, n'apparaissent pas comme facteurs de risque après contrôle des variables événements vécus.

F.H CHOU et coll. (2004) étudient les liens entre qualité de vie et troubles psychiatriques dans une population Taïwanaise (n= 4223) ayant été exposée à un tremblement de terre en 1999. Ils utilisent l'échelle de qualité de vie SF-36. Dans cette étude les sujets présentant les troubles post traumatiques les plus sévères sont les sujets les plus âgés, les femmes, les sujets célibataires, les sujets divorcés ou veufs (ves), et les personnes ayant un bas niveau éducationnel.

❖ Les poly-traumatismes :

Dans une étude réalisée chez les réfugiés de la guerre en Croatie et en Bosnie-Herzégovine, Kozaric-Kovacic et coll. (1995) concluent que l'incidence des désordres post-traumatiques est directement proportionnelle au nombre de traumatismes vécus. Ils trouvent qu'elle est plus fréquente chez les sujets ayant subi quatre traumatismes ou plus.

1.8.5.2. Comparaison aux résultats de notre étude

Dans notre étude nous retrouvons une prévalence plus élevée des troubles chez les femmes que chez les hommes, ce qui est fréquemment retrouvé dans les autres études ; cette différence apparaît significative ($p=0.0004$).

Les antécédents psychiatriques et les antécédents traumatiques n'apparaissent pas significativement corrélés à la survenue de troubles d'état de stress post traumatiques, contrairement aux résultats des études citées.

La dissociation péri traumatique, considérée comme le meilleur facteur prédictif d'état de stress post traumatique, apparaît significativement corrélée à la survenue d'état de stress post traumatique dans notre étude ($p=0.037$). Il semble important de souligner qu'il s'agit d'une évaluation rétrospective de la dissociation péri traumatique, c'est-à-dire qu'elle fait appel au biais de remémoration, ainsi certaines personnes indemnes d'ESPT au moment de l'évaluation vont avoir oublié leur expérience dissociative immédiate, tandis que d'autres souffrant d'un ESPT, vont rapporter des réactions plus intenses. Néanmoins ces résultats corroborent les données des études antérieures.

Parmi les sujets ayant vécu le tsunami, nous avons distingué différents traumatismes vécus afin de pouvoir déterminer quels sont les sujets auprès desquels il faut cibler l'action de la cellule d'urgence médico psychologique. Les blessures physiques, considérées parfois comme protectrices, parfois comme aggravantes n'apparaissent pas comme prédictives de la survenue de troubles post traumatiques. Les faits de s'être vus mort, d'avoir vu des personnes se noyer, d'avoir vu des corps ou d'avoir vécu un deuil n'apparaissent pas non plus comme facteurs prédictifs d'état de stress post traumatique dans cette étude.

Nous retrouvons comme seuls facteurs significativement liés à la survenue d'état de stress post traumatique le sexe féminin et la dissociation péri traumatique, qui sont deux facteurs de risque communément admis. Il est remarquable que parmi les facteurs de risques communément admis, nous n'en retrouvons que deux qui soient significatifs.

Ce résultat peut s'expliquer par la petite taille de notre échantillon, par les biais de sélection et d'auto sélection déjà cités et par l'intensité du traumatisme. Pour MR Moro (2003, a et b) comme pour Freud (1920), en matière de trauma, au-delà d'une certaine intensité de l'événement, les facteurs individuels s'estompent. *« L'intensité et la nature du cataclysme sont telles qu'il n'existe pas d'invulnérabilité possible : l'événement est synonyme de trauma, il vient faire rupture à l'intérieur de l'individu- on est en présence d'une effraction immédiate et actuelle qui ne prend pas seulement son sens dans l'après coup de l'histoire du sujet mais d'abord dans une actualité qui s'impose à tous [...] »* (MR Moro, 2003 a, p.21). C'est dire qu'en situation d'une intensité très forte, comme celle du tsunami, les facteurs de risques individuels, comme la personnalité antérieure, les antécédents de traumatisme, le sexe, l'âge sont de moindre importance dans la survenue des troubles que l'événement lui-même.

1.8.6. Les facteurs de risque de deuil traumatique

1.8.6.1. Données de la littérature

Les facteurs prédictifs de deuils traumatiques, de deuils compliqués ou de deuils pathologiques sont peu étudiés en raison de la relative nouveauté de ces différentes conceptions et surtout de leur différenciation encore floue.

Pour Freud (1915) les réactions pathologiques au deuil sont le fait de sujets entretenant avec le défunt des relations de type ambivalentes et conflictuelles. Lindemann (1944) estime que les sujets ayant une personnalité obsessionnelle sont plus susceptibles de développer une dépression agitée au décours d'un deuil ; c'est aussi lorsque les relations sont de type ambivalentes, en particulier quand l'hostilité n'a pu être exprimée que les réactions sont les plus intenses. Pour lui, les troubles psychiques antérieurs sont de moindre importance. Pour Bowlby (1984) les individus présentant certaines personnalités particulières sont plus sujettes à un deuil pathologique : sujets ayant tendance à établir des relations de type ambivalent et anxieux ; ceux ayant tendance à soigner compulsivement présentent ; et ceux ayant tendance à affirmer leur indépendance à l'égard des liens affectifs.

Les résultats des études réalisées sont assez hétérogènes, ne retrouvant pas les mêmes facteurs prédictifs. Ces différences s'expliquent par la variabilité des troubles mesurés : ainsi, les auteurs vont mesurer soit la symptomatologie dépressive, soit la symptomatologie anxieuse, soit la morbidité somatique, soit l'état de stress post traumatique qui suivent le deuil.

Ces études s'attachent à mesurer des facteurs facilement identifiables, comme les facteurs socio démographiques (sexe, âge, catégorie socio professionnelle, revenus) ; les antécédents ; la nature du décès ; la symptomatologie précoce. Ils recherchent aussi des facteurs de vulnérabilité : la qualité des liens unissant l'endeuillé à la personne décédée et la personnalité antérieure de la personne en deuil.

- Facteurs de risque de mauvais ajustement après un deuil :

Zisook et coll. (1987), dans une étude prospective réalisée chez 189 veufs ou veuves, retrouvent quatre catégories de facteurs de mauvais ajustement, définies par des scores élevés aux échelles d'anxiété, de dépression et de somatisation :

Facteurs démographiques : femmes, sujets plus jeunes, faibles revenus, antécédents personnels ou familiaux de dépression. Les antécédents d'alcoolisme ne sont pas retrouvés comme facteurs de risque, ni la pauvreté des supports sociaux.

Nature des liens : peu d'années de mariage ; sentiment de mariage « raté », relations décrites comme distantes, tendues ; relations maritales de type dépendantes ou ambivalentes ;

Nature du décès : mort soudaine ou violente ;

Existence d'une symptomatologie complète d'EDM peu de temps après le décès (2 mois).

- Anxiété et deuil :

Zisook et coll (1990) cherchent le profil de sujets plus à risque de présenter une prolongation de plus de sept mois des troubles anxieux suivant un deuil. Ils trouvent qu'il s'agit le plus souvent de femmes, plutôt jeunes, ayant souffert d'une baisse de leurs moyens financiers avec le deuil et ayant un support social pauvre. Ils ajoutent, concernant les troubles précoces, que ces sujets présentent des réactions de deuil « aiguës » associées à une symptomatologie dépressive et anxieuse deux mois après la perte.

- Facteurs de risques d'épisode dépressif majeur après un deuil :

Zisook et Shuchter (1991) réalisent une étude prospective chez 286 veufs ou veuves et recherchent les facteurs de risque d'EDM 13 mois après un deuil. Ils trouvent comme facteur de risque : un âge inférieur à 65 ans, des antécédents personnels de dépression (mais pas familiaux). Ni le sexe, ni le type de décès, ni la qualité des liens, ni le support social ne sont liés à l'EDM. Prigerson et coll. (1996,a) trouvent que la sévérité des réactions précoces au deuil, (réactions anxieuses et symptômes liés au deuil) est prédictive de la sévérité de la dépression chez 56 sujets endeuillés à 12 et 18 mois.

- Facteur de risque de ESPT après un deuil :

Kaltman et Bonnanno (2003) trouvent que la mort violente était prédictive d'ESPT et de dépression chronique ; en revanche, la soudaineté de la mort n'est pas associée à l'ESPT. Les femmes sont aussi plus à risque que les hommes. Les antécédents de trauma sont des facteurs prédictifs d'ESPT post deuil (Brady, 2004).

- Facteurs de risques de deuil compliqué ou traumatique :

L'équipe de Prigerson, à l'origine du concept de deuil traumatique trouve que certains éléments peuvent constituer des facteurs de vulnérabilité au développement d'un deuil traumatique ultérieur :

- les femmes présentent une intensité de symptômes plus importante que les hommes (Chen et coll. 1999 ; Prigerson et coll. 2002 ; Melhem et coll. 2004) ;
- les sujets plus jeunes sont plus vulnérables (Van Doorn et coll. 1998) que les plus âgés,
- la qualité des liens maritaux antérieurs au décès : les mariages sécurisants sont associés à des scores élevés de deuils traumatiques (Van Doorn et coll. 1998) ;
- le type de lien d'attachement : l'attachement anxieux, la recherche permanente de confiance et les soin compulsifs. (Van Doorn et coll. 1998) ;
- certains événements vécus dans l'enfance : décès d'un parent ou d'un membre de la fratrie, abus (Silvermann et coll. 2001) ;
- le décès par mort violente n'augmente pas le risque de deuil traumatique dans une étude réalisée parmi 151 patients Pakistanais (Prigerson et coll. 2002) ;
- le sentiment qu'ils auraient pu prévenir le décès et les antécédents personnels de dépression sont des facteurs de risque de deuil traumatique. (Melhem et coll. 2004),
- l'existence d'une anxiété de séparation dans l'enfance est significativement associée au développement ultérieur de deuil traumatique (Vanderwerker et coll. 2006), ils suggèrent que le deuil traumatique trouve son origine dans des troubles de l'attachement précoce.
- Antécédents de dépression (Melhem et coll. 2004)

Momartin et coll. (2004) dans une étude réalisée parmi 126 rescapés Bosniens, concluent que concernant les liens de parenté, seul le veuvage est associé au deuil compliqué et que la mort en situation traumatique est prédictif de deuil compliqué.

1.8.6.2. Comparaison aux résultats de l'étude Tsusix

Dans cette étude, parmi les facteurs de vulnérabilité ou les facteurs de risques étudiés (sexe, âge, antécédents psychiatriques, antécédents de traumatisme, antécédents de deuil difficile, existence de deuils multiples, dissociation péri traumatique), seul l'âge plus élevé apparaît comme significativement lié à la survenue d'un deuil post traumatique. Cette constatation va à l'encontre des résultats précédemment cités et peut s'expliquer par le fait que le groupe de sujets endeuillés est plus âgé que le groupe de sujets non endeuillés. Il semble donc que ce résultat ne puisse être pris en compte.

Nous avons recherché comme autres facteurs de risque ceux d'état de stress post traumatique. Il est intéressant de souligner que l'on retrouve des états de dissociation péri traumatique parmi les sujets endeuillés n'ayant pas vécu le tsunami. La valeur de p est alors de 0.03, il semble que dans cette population la dissociation péri traumatique soit significativement liée à la survenue d'un deuil post traumatique ultérieur.

Nous avons évoqué l'hypothèse que les facteurs de risque de deuil traumatique étaient différents de ceux de état de stress post traumatique, puisqu'il s'agit de pathologies différentes. Dans cette étude nous retrouvons comme seuls facteurs significativement corrélés à la survenue d'état de stress post traumatique le sexe féminin et la dissociation péri traumatique, et nous ne retrouvons qu'un seul facteur significativement corrélé à la survenue de deuil traumatique : la dissociation péri traumatique chez les sujets n'ayant pas vécu le tsunami. Il apparaît donc que la dissociation péri traumatique est prédictive d'état de stress post traumatique à six mois et de deuil traumatique. Notre hypothèse n'est donc pas vérifiée, ni rejetée.

1.8.7. Satisfaction quant aux soins dispensés

❖ Intérêt d'une telle étude :

La mise en place de CUMP est relativement nouvelle, peu d'études ont été réalisées dans le but d'évaluer comment les patients vivent cette intervention d'urgence. Certaines études montrent pourtant que dans le parcours du sujet traumatisé sont vécus comme traumatiques non seulement l'événement traumatogène à proprement parler, mais aussi l'ensemble des événements satellites qui y sont rapportés. Ainsi une étude canadienne (Robichaud, 2001) réalisée auprès de sujets ayant vécu les inondations de juillet 1996 rapporte que le désastre

est constitué d'une série d'événements traumatiques : la menace initiale, l'évacuation de la zone sinistrée, l'attente d'information, l'instant de vérité, le relogement, les démarches administratives, l'attente des réponses, le relogement, l'emprunt bancaire, la gestion des malaises et des deuils, l'adaptation à une nouvelle vie. Il semble donc nécessaire que ces interventions d'urgences soient le mieux perçues par les populations concernées, qu'elles soient vécues comme apaisantes, et ne venant pas apporter un stress supplémentaire (comme celui qui peut être engendré lorsque les conditions d'organisation sont de mauvaise qualité, que l'attente est longue, que la réponse est jugée insuffisante...).

B. Brouette (2005) a réalisé une enquête de satisfaction auprès d'agents bancaires ayant bénéficié d'une procédure d'aide psychologique après avoir été victimes d'un hold-up. Les résultats indiquent que la majorité des participants a tiré profit de l'aide psychologique. Il conclut alors que le débriefing, sous certaines conditions garde tout son sens même s'il ne prévient pas nécessairement l'état de stress post traumatique.

Il ne s'agit pas d'évaluer le caractère préventif des interventions précoces sur l'état de stress post traumatique. La comparaison des groupes selon que les sujets ont été vus par la CUMP ou pas, n'a pas été réalisée. En effet ce type d'étude dont l'objectif est de démontrer l'efficacité (ou l'inefficacité) d'une prise en charge nécessite des groupes constitués de façon randomisée, or ce n'est pas le cas dans notre étude, puisque les sujets ayant bénéficiés d'une prise en charge par la cellule d'urgence médico psychologique sont ceux qui ont été repérés comme présentant des troubles dès la phase post immédiate. Une telle comparaison n'a donc pas sa place dans cette étude.

❖ Un taux de satisfaction important

Les résultats de notre enquête sont très favorables puisque 85 % des personnes interrogées se disent satisfaites ou très satisfaites par la prise en charge de la cellule d'urgence médico psychologique, 74% des personnes pensent que cet entretien a permis un soulagement partiel ou important des troubles qu'ils présentaient alors et 12 % des personnes interrogées disent que cet entretien n'a permis aucun soulagement. Il faut cependant rester modeste lors de l'interprétation de ces résultats élogieux. En effet cette étude a été réalisée auprès de sujets volontaires, et il est fort possible que les personnes qui ont ressenti un fort soulagement lors de cette prise en charge aient voulu d'une certaine façon gratifier l'équipe qui les avait soutenus. Il s'agit d'un biais d'auto sélection fort.

Lorsqu'on mesure les différents taux de satisfaction par rapport au nombre total de personnes vues en consultation à Roissy (n=187), on obtient des résultats forcément plus

faibles avec une satisfaction globale chez 29% des personnes et un taux de soulagement partiel ou important chez 26% des personnes. Bien qu'il soit assez cavalier de mesurer les choses ainsi, on peut se dire qu'au moins 26 % des personnes ont ressenti un soulagement de leurs troubles lors de cette prise en charge, ce qui reste un taux important. Il semble que l'intervention précoce constitue bien un soin qui apporte un soulagement de la douleur psychique, et correspond à une attente des personnes impliquées. (Baubet, 2006, b)

Concernant le moment de la prise en charge, les résultats sont extrêmement difficiles à interpréter, d'une part parce que les sujets ont été vu à des temps différents après le tsunami (selon le moment de leur rapatriement) et d'autre part pour chaque personne les temps post traumatismes peuvent différer. Cremniter (2004) insiste sur la difficulté, voire même l'impossibilité de prédire le moment où une intervention serait la plus opérante. Il cite certains cas où une intervention immédiate s'avère efficace, d'autres cas où la phase de sidération précoce empêche une expression immédiate, oblige à une prise en charge post immédiate. Cette temporalité est donc difficile à prédire et varie d'un sujet à l'autre. Dans notre questionnaire nous avons choisi de poser cette question concernant le temps de la prise en charge car à travers cette question les personnes peuvent nous dire un certain contentement ou mécontentement à l'égard de cette prise en charge, parfois plus facile à exprimer de façon détournée. Ainsi, lorsque les sujets disent qu'ils auraient préféré une pris en charge à un autre moment, ils nous disent que ce moment là n'était pas le bon, que notre choix, ou intervention ne leur a pas convenue. D'autre part il paraît important d'évaluer le vécu subjectif des sujets quant à cette intervention et lorsqu'ils disent qu'ils auraient souhaité une prise en charge plus immédiate ils disent aussi qu'ils auraient souhaité être soutenu en Asie. Rappelons nous qu'ils s'agit de personnes ayant vécu un traumatisme très à distance de chez eux, de leur proches, et de toutes leurs références culturelles.

❖ Commentaires libres

Les commentaires des patients au sujet de la prise en charge par la CUMP concernent essentiellement la question de l'accessibilité aux soins. Plusieurs personnes disent avoir été conduites par les journalistes auprès de la CUMP. Elles auraient souhaité éviter ce premier contact avec la presse. Ces remarques soulignent la difficulté d'organiser des soins dans ces conditions. Le dispositif mis en oeuvre comprenait l'accueil des rescapés dès leur sortie d'avion. Cependant, les arrivées se faisant par flux massifs, il était nécessairement difficile de parvenir à orienter chacun. Il faudra mettre à profit cette expérience pour que lors d'un prochain accueil aéroportuaire les médias puissent être tenus à distance.

1.9. CONCLUSION

La première hypothèse que nous avons formulée concernant la prévalence des troubles selon les groupes ont été infirmées par nos résultats. En effet nous avons pensé que plus les sujets avaient vécu d'événements potentiellement traumatisants (tsunami et deuil) plus ils auraient présentés de troubles, or ce sont les sujets endeuillés qui n'ont pas vécu le tsunami qui ont présenté le taux le plus important de troubles. Nous avons formulé plusieurs hypothèses à ce sujet.

Les résultats de l'étude réalisées un an après seront à ce titre tout à fait intéressantes, nous avons en effet formulé l'hypothèse que les sujets les plus traumatisés étaient encore en phase de sidération lors de notre étude, ce qui viendrait expliquer nos résultats.

Il serait intéressant de voir si d'autres études réalisées sur une plus grande population et avec moins de biais de sélection, retrouvent les mêmes résultats que ceux que nous avons présenté ici.

Notre deuxième hypothèse s'est elle aussi trouvée infirmée par les résultats. Nous avons vu que l'état de stress post traumatique pouvait concerner aussi bien les sujets ayant vécu le tsunami, que ceux ayant vécu un deuil et que ceux n'ayant vécu aucun de ces deux événements. Nous allons voir dans une partie suivante que pour certains le deuil dans certaines circonstances particulières peut constituer un traumatisme susceptible de se compliquer d'un PTSD. Pour d'autres ce sont les instruments de mesure qui sont insuffisamment précis et qui confondent les symptomatologies de deuil traumatique et d'ESPT.

A travers cette étude nous avons vu la complexité de la notion de traumatisme et dont la définition dans le DSM tend à s'étendre à tous les événements susceptibles de provoquer un état de stress post traumatique.

Les liens entre traumatisme et deuil ; état de stress post traumatique et deuil traumatique restent encore à explorer.

CONCLUSION

Nous avons cherché à évaluer le deuil traumatique et l'état de stress post traumatique chez les rescapés du tsunami de décembre 2004.

Dans une première partie, nous avons exposé les objectifs, la méthode et les résultats de l'enquête réalisée chez les sujets victimes du tsunami de décembre 2004 six mois après l'événement.

L'objectif de cette étude est d'adapter au mieux les soins psychiatriques de la phase immédiate et post immédiate d'un événement traumatogène.

Pour cela il est nécessaire de mieux connaître l'évolution des symptômes et les facteurs prédictifs de l'évolution des troubles après différents événements traumatiques.

Cette étude cherche à apprécier le retentissement psychologique de l'exposition à un tel traumatisme, à comparer ce retentissement en fonction des événements vécus (deuil et tsunami) et enfin à mesurer quels sont les facteurs de risques de développer des troubles d'état de stress post traumatique et de deuil traumatique ultérieurement.

D'autre part, toujours avec cet objectif d'améliorer la prise en charge de la Cellule d'Urgence Médico Psychologique, nous avons réalisé une enquête de satisfaction, afin de connaître le ressenti des sujets lors d'un accueil de ce type, sachant que dans cette période les sujets sont extrêmement fragilisés et que l'ensemble des événements inhabituels qui les entourent peuvent venir les perturber.

Les résultats sont marqués par une forte prévalence de l'état de stress post traumatique (43%) et du deuil traumatique (66% des sujets endeuillés) ainsi que des taux élevés de symptomatologies anxieuses (52%) et dépressives (30%). On trouve que la dissociation péri traumatique est prédictive de l'apparition d'un état de stress post traumatique et du deuil traumatique. Ce résultat est très intéressant, puisque nous n'avons pas retrouvé dans la littérature de liens entre dissociation et deuil traumatique, d'autre part, il vient confirmer la proximité de ces deux diagnostics. Lorsque l'on compare les quatre différents groupes constitués, on observe que la sévérité et l'importance des troubles ne semblent pas liées à l'accumulation des événements vécus. Les sujets à la fois endeuillés et ayant vécu le tsunami, ne présentent pas, six mois après la catastrophe, un taux plus élevé de ESPT, de symptomatologie dépressive ou anxieuse que les autres ; et dans la population endeuillée ceux ayant vécu le tsunami ne présentent pas plus de troubles que les autres. L'hypothèse d'une action synergique du trauma et du deuil semble réfutée dans cette étude. Il est généralement décrit que la mort d'un être cher lors d'un événement traumatogène que l'on a vécu constitue un facteur de risque de ESPT, paradoxalement il semblerait dans cette étude que d'avoir vécu l'événement protégerait de l'installation d'un tableau de deuil traumatique.

Cette étude, une des premières à notre connaissance réalisée en France étudiant à la fois traumatisme et deuil, présente comme limites un échantillon de faible taille, d'important biais de sélection et d'auto sélection et une constitution des groupes peu homogène. Il serait intéressant de réaliser d'autres études avec une population plus large et en éliminant les nombreux biais de sélection des patients, pour venir confirmer ou infirmer nos résultats.

Nous avons présenté ici les premiers résultats de cette enquête, mais celle-ci va se poursuivre dans le temps, puisqu'une autre évaluation a été réalisée un an après le tsunami.

Il serait intéressant de réaliser d'autres études, non plus auprès de la population française exposées au tsunami soit directement, soit par l'intermédiaire de leurs proches, mais auprès des populations locales ayant non seulement subi cette catastrophe, mais ayant en outre été exposées à un ensemble d'événements s'y rapportant : les pertes matérielles, des pertes humaines parfois représentés par l'ensemble de la famille, l'exposition quotidienne aux corps et aux dégâts matériels, qui un an après sont encore visibles. De plus, comme nous l'avons vu très récemment, ces sujets sont exposés à de nouveaux séismes venant possiblement réactiver le traumatisme vécu et rendant la répétition traumatique très réelle. Dans ces conditions là est il possible de guérir ?

BIBLIOGRAPHIE

1. Abraham K. - Préliminaires à l'investigation et au traitement psychanalytique de la folie maniaco-dépressive et des états voisins (1912). In : *Œuvres complètes, Tome I (1907-1914)*. Paris : Payot. 1965 : 212-226.
2. Abraham. - Esquisse d'une histoire du développement de la libido fondée sur la psychanalyse des troubles mentaux (1924). In : *Œuvres complètes, Tome II (1915-1925)*. Paris : Payot. 1965 : 170-226.
3. Ahern J, Galea S, Resnick H, Kilpatrick D, Bucuvalas M, Gold J, Vlahov D. Television images and psychological symptoms after the September 11 terrorist attacks. *Psychiatry*. 2002; 65(4):289-300.

4. American Psychiatric Association - DSM IV-TR, Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Traduction française : Crocq M-A., Guelfi J-D.- A.P.A, Paris, Masson, 2003.
5. Bacqué MF, Hanus M. – *Le deuil*- Paris : PUF, 2000.
6. Bacqué MF. Abord et psychothérapie individuelle d'adultes et d'enfants présentant un deuil post-traumatique. *Études sur la mort*, 2003(b), 123 : 131-141.
7. Bacqué MF. Deuil post-traumatique et catastrophe naturelle. *Études sur la mort*, 2003(a), 123 : 111-130.
8. Bacqué MF. Editorial. *Études sur la mort*, 2003(c), 123 : 7-10.
9. Bacqué MF. Psychothérapie analytique des deuils post-traumatiques. *Stress et trauma*, 2005, 5 (3) : 153-160.
10. Baubet T, Coq JM, Ponsetti-Gaillochon A, Vitry M, Navarre C, Cremniter D. Intervention médico-psychologique à *Charm-el-Cheikh* auprès des familles des victimes du crash aérien de la *Flash Airlines*. *La Presse Médicale* 2006 (b); 35(2) : 250-251.
11. Baubet T, Moro MR. Cultures et soins du trauma psychique en situation humanitaire. In Baubet T, Le Roch K, Bitar D, Moro MR. *Soigner malgré tout. Vol 1: Trauma, cultures et soins*. Grenoble: La Pensée sauvage. 2003, 71-95.
12. Baubet T, Rezzoug D, Jehel L, Roy I, Romano H, Adnet F, Fleury M, Lapandry C, Moro MR. L'urgence médico-psychologique lors de l'afflux à Roissy Charles de Gaulle de ressortissants français au cours des crises majeures. A partir des crises ivoirienne et asiatique de 2004. *Annales Médico-Psychologiques* 2005 ; 163(7) :595-602.
13. Baubet T, Rezzoug D, Sturm G, Ferradji T, Bon A, Marichez H, Romano H, Dupuy C, Cholin N, Adnet F, Moro MR. Quelques principes pour l'intervention de la Cellule d'Urgence Médico-Psychologique (CUMP) lors des situations d'accueil aéroportuaire de rescapés en grand nombre. *Stress & Trauma* 2006(a)[accepté sous presse]
14. Birmes P, Brunet A, Benoit M. et al – Validation of the peritraumatic dissociative experience questionnaire self-report version in tow samples of french speaking individuals exposed to trauma- *European Psychiatry*. 2005 (a), 20, 145-151.
15. Birmes P, Brunet A, Carreras D, Ducasse JL, Charlet JP, Lauque D, Szultman H, Schmitt L. The predictive power of peritraumatic dissociation and acute stress

- symptoms for posttraumatic stress symptoms: a three-month prospective study. *Am J Psychiatry*. 2003; 160(7):1337-9.
16. Birmes P, Brunet A. Entités cliniques immédiates et post immédiates prédictives du développement d'un trouble de stress post traumatique. In Vaiva G, Lebigot F, Ducrocq F, Goudemand M. *Psycho traumatisme : prise en charge et traitements*. - Paris : Masson ; 2005 (b) ; 34-39.
 17. Birmes P, Carreras D, Ducassé JL, Charlet Jp, Lecoulès N, Olivier M , Schmitt L, Lauque D. Victimes d'agression physique : évaluation prospective et longitudinale des blessures psychologiques. *Ann. Med. Interne*, 2001, 152 (7); 446-451.
 18. Boelen PA, van den Bout J, de Keijser J. - Traumatic grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: a replication study with bereaved mental health care patients. *Am J Psychiatry*. 2003 Jul; 160(7):1339-41.
 19. Bolwby J. – Attachement et perte. Vol 3, La perte : tristesse et dépression. - PUF, Paris, 1984.
 20. Bourgeois ML. *Les deuils pathologiques : traduction et validation de l'Inventaire de "deuil compliqué"*. Thèse de doctorat : Psychologie : Bordeaux 2 : 2002.
 21. Bourgeois ML.- Les deuils traumatiques. *Stress et Trauma* 2004 ; 4(4) :241-248.
 22. Brady KL, Acierno RE, Resnick HS, Kilpatrick DG, Saunders BE. PTSD symptoms in widowed women with lifetime trauma experiences. *Journal of Loss and Trauma*, 2004; 9(1): 35-43.
 23. Breslau N, Davis GC, Andreski P et coll. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in a urban population of young adults. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1991, 48 :216-222.
 24. Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD et coll. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community. The 1996 Detroit survey of Trauma. *Arch. Gen. Psychiatry*.1998, 55 : 626-632.
 25. Brouette B. – Débriefing psychologique et hold-up: enquête de satisfaction menée auprès d'agents bancaires ayant bénéficié d'une procédure d'aide psychologique. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*. 2005, 15, hors série, 38-43.

26. Brunet A, Routhier C. (1999) Traduction et adaptation avec l'autorisation des auteurs. Marmar CR, Weiss DS. The peri traumatic dissociative experience scale. In JP Wilson, TL Keane. *Assessing psychological trauma and PTSD*. Guilford Press, New York, 1997.
27. Brunet A, St-Hilaire A, Jehel L, King S- Validation of a French version of the Impact of event scale-revised. *Canadian Journal of Psychiatry*, 2003, 48, 56-61.
28. Bydlowski M. La relation foeto-maternelle et la relation de la mère à son fœtus. In Lebovici S, Diatkine R, Soulé M. *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Tome III*. Paris : PUF, 1985 : 1881-91.
29. Carr VJ, Lewin TJ, Webster RA, Hazell PL et al.- Psychosocial sequelae of the 1989 Newcastle earthquake: I. Community disaster experiences and psychological morbidity 6 months post-disaster. *Psychol Med*. 1995 ; 25:539-55.
30. Chen JH, Bierhals AJ, Prigerson HG, Kasl SV, Mazure CM, Jacobs S. Gender differences in the effects of bereavement-related psychological distress in health outcomes. *Psychol Med*. 1999; 29(2): 367-80.
31. Chou FH, Chou P, Chen MC, Lin C, Yom TP Su, Ou-Yang WC, Chien IC, Su CY, Lu MH, Chen MC.- The relationship between quality of life and psychiatric impairment for a Taiwanese community post-earthquake. *Qual Life Res*. 2004 aug; 13(6):1089-97.
32. Clervoy P, Delage M, Le Fur B, Simon F, Ledoux A. Deuil et guerre. *Etudes sur la mort*, 2003, 123 : 35-44.
33. Cremniter D. Trauma : nouvelles données psychopathologiques issues de l'expérience des CUMP. *Stress et Trauma*. 2004 ; 4 (1) :35-39.
34. Cuendet CL, Grimaud De Vincenzi A. Des rituels de deuil : libération pour les parents, libération pour les enfants. *Thérapie familiale*, Genève, 2003 ; 24 (2) : 161-168.
35. Ducrocq F, Vaiva G, Cottencin O, Molenda S, Bailly D. Etat de stress post traumatique, dépression post traumatique et épisode dépressif majeur: la littérature. *Encéphale*. 2001; 27(2):159-68.
36. Ferenczi S. (1927-1933)- Réflexions sur le traumatisme- *Œuvres complètes Tome IV*, Paris, Payot- 1982.
37. Freud S. (1912-1913) *Totem et tabou*- Paris, P.B.P, 2001.

38. Freud S. (1915) « Deuil et mélancolie », in *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, 1968.
39. Freud S. (1916-1917) *Introduction à la psychanalyse*, Paris, P.B.P. 2001.
40. Freud S. (1920) – Au-delà du principe de plaisir. *Essai de psychanalyse*. Paris, P.B.P. 1981.
41. Freud S. (1926), *Inhibition, symptôme et angoisse*, Paris, P.U.F. 1993.
42. Freud S. (1939)- *L'homme Moïse et la religion monothéiste*, Folio essais, 2003.
43. Freud S. et Breuer J. (1895) – *Etudes sur l'hystérie*, Paris, P.U.F., 1865.
44. Goenjian AK, Molina L, Steinberg AM, Fairbanks LA, Alvarez ML, Goenjian HA, Pynoos RS. Posttraumatic stress and depressive reactions among Nicaraguan adolescents after hurricane Mitch. *Am J Psychiatry*. 2001 May; 158(5):788-94.
45. Goenjian AK, Najarian LM, Pynoos RS, Steinberg AM, Manoukian G, Tavosian A, Fairbanks LA.- Post traumatic stress disorder in elderly and younger adults after the 1988 earthquake in Armenia. *Am J Psychiatry* 1994; 151(6): 895-901.
46. Grappe M. Le deuil traumatique. In Lachal C, Ouss-Ryngaert L, Moro MR et al. *Comprendre et soigner le trauma en situation humanitaire*. Paris : DUNOD, 2003 : 177-191.
47. Green BL, Goodman LA, Krupnick JL, Corcoran CB, Petty RM, Stockton P, Stern NM. Outcome of single versus multiple trauma exposure in a screening sample. *J Trauma Stress*. 2000; 13(2): 271-286.
48. Green BL, Lindy JD, Grace MC, Gleser GC et al. – Buffalo Creek survivors in the second decade: stability of stress symptoms. *Am J Orthopsychiatry*. 1990; 60(1):43-54.
49. Hanus M. "Le travail de deuil". In *Le deuil*. Revue française de psychanalyse. Paris, PUF, 1994, a : 13-32.
50. Hanus M. *Les deuils dans la vie*. Paris : Maloine, 1994, b.
51. Horowitz M.J., Wilner Alvarez W. Impact of event scale: a measure of subjective distress. *Psychosomatic Medicine*. 1979, 41:209-218.
52. Horowitz MJ, Bonnano G.A, Holen A. - Pathological Grief: Diagnosis and Explanation. *Psychosomatic Medicine*, 1993, 55, 260-273.

53. Horowitz MJ, Siegel B, Holen A, Bonnanno GA, Milbrath C, Stinson CH - Diagnostic criteria for complicated grief disorder. – *Am J Psychiatry*, 1997, 154, 904-910.
54. Jehel L, Duchet C, Paterniti S, Consoli SM, Guelfi JD- Etude prospective de l'état de stress post traumatique parmi des victimes d'un attentat terroriste. *L'Encéphale*. 2001, 27 ; 393-400.
55. Jehel L, Prieto N, Crocq L. Du débriefing des sauveteurs au débriefing psychiatrique. In Vaiva G, Lebigot F, Ducrocq F, Goudemand M. *Psycho traumatisme : prise en charge et traitements*. - Paris : Masson ; 2005 ; 113-118.
56. Kaltman S, Bonanno GA- Trauma and bereavement: Examining the impact of sudden and violent deaths. *Journal Anxiety Disorders*. 2003; 17: 131-147.
57. Kessler RC, Sonnega, Bromet E et coll. Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1995, 52 : 1048-1060.
58. Kim K, Jacobs S. Pathologic grief and its relationship to other psychiatric disorders. *Journal of Affective Disorders*. 1991; 21: 257-263.
59. Klein M. - Le deuil et ses rapports avec les états maniaco-dépressifs (1938). In : *Deuil et dépression*. Paris, PBP, 1968 : 75-134.
60. Koopman C, Classen C, Spiegel D: Predictors of posttraumatic stress symptoms among survivors of the Oakland/Berkeley, Californian firestorm. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 888–894.
61. Kozaric-Kovacic D, Folnegovic-Smalc V, Skinjaric J, Marusic A. Les poyltraumatismes de guerre. In Moro MR et Lebovici S, *Psychiatrie humanitaire en ex-Yougoslavie et en Arménie face au traumatisme*. Paris : PUF, 1995: 65-71.
62. Lachal C. *Le partage du traumatisme*. Grenoble : La Pensée Sauvage Editions ; 2006.
63. Laplanche J et Pontalis JB. *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF, 2004.
64. Latham AE, Prigerson HG. Suicidality and bereavement: complicated grief as psychiatric disorder presenting greatest risk for suicidality. *Suicide Life Threat Behav*. 2004; 34(4): 350-362.
65. Lebigot F. Le traumatisme psychique- In Vaiva G, Lebigot F, Ducrocq F, Goudemand M. *Psycho traumatisme : prise en charge et traitements*. - Paris : Masson ; 2005 ; 3-8.
66. Lebigot F. Le traumatisme psychique- *Stress et Trauma*- 2004 ; 4(1) : 5-11.

67. Lebovici S, Rabain-Lebovici M. Psychopathologie des enfants provenant de familles psychotiques ou dépressives. In Lebovici S, Diatkine R, Soulé M. *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Tome IV*. Paris : PUF, 1985 : 2777-91.
68. Lepine JP, Godchau M, Brun P, Lemperiere T. Evaluation de l'anxiété et de la dépression chez des patients hospitalisés dans un service de médecine interne. *Ann Med Psychol*. 1985 ; 143(2):175-89.
69. Leplège A, Ecosse E, Pouchot J, Coste J, Perneger T. *Le questionnaire MOS SF-36 Manuel de l'utilisateur et guide d'interprétation des scores*. Paris : ESTEM ; 2001.
70. Lichtenthal WG, Cruess DG, Prigerson HG. A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. *Clin Psychol Rev*. 2004 Oct; 24(6):637-62.
71. Lindemann E. – Symptomatology and management of acute grief. *Am J Psychiatry* 1944; 101:141-148.
72. Marmar CR, Weiss DS, Schlenger WE et coll. The peri traumatic dissociative experience scale. In JP Wilson, TL Keane. *Assessing psychological trauma and PTSD*. Guilford Press, New York, 1997.
73. Melhem NM, Day N., Shear MK, Day R, Reynolds III CF, Brent D. – Predictors of complicated grief among adolescent exposed to a peer's suicide. *Journal of loss and trauma*, 2004; 9(1):21-34
74. Melhem NM, Rosales C, Karageorge J, Reynolds III CF, Frank E, Shear MK. Comorbidity of axis I disorders in patients with traumatic grief. *J Clin Psychiatry*, 2001; 62(11): 884-7.
75. Middleton W, Burnett P, Raphael B, Martinek N. - The Bereavement Response: A Cluster Analysis. – *Br J Psychiatry*, 1996, 169, 167-171.
76. Momartin S, Silove D, Manicavasagar V, Steel Z. Complicated grief in Bosnian refugees: Associations with posttraumatic stress disorder and depression. *Compr Psychiatry*. 2004; Nov-Dec; 45(6):475-82.
77. Moro MR et Lachal C. Traumatisme psychique en situation de guerre : l'exemple de la Palestine. In Lachal C, Ouss-Ryngaert L, Moro MR et al. *Comprendre et soigner le trauma en situation humanitaire*. Paris : DUNOD, 2003 (b) : 221-242.

78. Moro MR. Penser la psychiatrie humanitaire. In Lachal C, Ouss-Ryngaert L, Moro MR et al. *Comprendre et soigner le trauma en situation humanitaire*. Paris : DUNOD, 2003 (a) : 3-26.
79. Nehmé A, Ducrocq F, Vaiva G. Les débriefings psychologiques dans la prévention des syndromes psychotraumatiques. Revue de la littérature. *Stress et Trauma* 2004 ; 4(4) :249-263.
80. Neria Y, Litz BT. Bereavement by traumatic means: the complex synergy of trauma and grief. *Journal of loss and trauma*. 2003 ; 9 :73-87.
81. Ouss-Ryngaert L Etre acteur du soin psychique en situation humanitaire. In Lachal C, Ouss-Ryngaert L, Moro MR et al. *Comprendre et soigner le trauma en situation humanitaire*. Paris : DUNOD, 2003 : 89-106.
82. Ouss-Ryngaert L. Transmissions des traumatismes psychiques de la mère au bébé. In: Baubet T, Lachal C, Ouss-Ryngaert L, Moro MR, editors. *Bébés et traumas*. Grenoble : La Pensée Sauvage Editions ; 2006.p.99-134.
83. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictor of post traumatic stress disorder and symptoms in adultes : a meta-analysis. *Psycho bull*. 2003; 129(1):52-73.
84. Parkes- Bereavement review article- *British Journal of Psychiatry*, 1985; 146, 11-17.
85. Perren-Klinger G. Morts subites et deuil. *Études sur la mort*, 2003, 101-109.
86. Pfefferbaum B, Call JA, Lensgraf SJ, Miller PD, Flynn BW, Doughty DE, Tucker P, Dickson WL. Traumatic grief in a convenience sample of victims seeking support services after terrorist incident. *Ann Clin Psychiatry*, 2001,b ; 13(1): 19-24.
87. Pfefferbaum B, Nixon SJ, Tivis RD, Doughty DE, Pynoos RS, Gurwitch RH, Foy DW. Television exposure in children after terrorist incident. *Psychiatry*. 2001,a ; 64(3): 202-211.
88. Pfefferbaum B, Seal TW, Brandt EN Jr, Pfefferbaum RL, Doughty DE, Rainwater SM. Media exposure in children one hundred miles from terrorist bombing. *Ann Clin Psychiatry*. 2003; 15(1): 1-8.
89. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet

- 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.
90. Prieto N, Scala G, Buffard G. Doit on garder la pratique du débriefing psychologique?- *Stress et Trauma*. 2004 ; 4 (1) : 41-46.
 91. Prieto N. – Epidémiologie du traumatisme psychique. In : De Clercq M, Lebigot F- *Les traumatismes psychiques*- Paris : Masson, 2001 : 65-77.
 92. Prigerson H.G., Shear M.K., Jacobs S., Reynolds C.F., Maciejewski P.K., Davidson J.R.T., et al. - Consensus criteria for traumatic grief : a preliminary empirical test. – *BR J Psychiatry*, 1999, 174, 67-73.
 93. Prigerson HG, Ahmed I, Silverman GK, Saxena AK, Maciejewski PK, Jacobs SC, Kasl SV, Aqeel N, Hamirani M. Rates and risks of complicated grief among psychiatric clinic patients in Karachi, Pakistan. *Death Stud*. 2002 Dec; 26(10):781-92.
 94. Prigerson HG, Bierhals AJ, Kasl SV, Reynold CF 3rd, Shear MK, Newsom JT, Jacobs S. Complicated grief as a distinct disorder from bereavement- related depression and anxiety: a replication study. *Am J Psychiatry*. 1996(b); 153(11): 1484-1486.
 95. Prigerson HG, Bierhals AJ, Kasl SV, Reynolds CF 3rd, Shear MK, Day N, Beery LC, Newsom JT, Jacobs S. Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *Am J Psychiatry*. 1997 May; 154(5):616-23.
 96. Prigerson HG, Frank E, Kasl SV, Reynolds CF, Anderson B, Zubenko GS, Houck PR, Georges CJ, Kupfer DJ- Complicated grief and bereavement-related depression as distinct disorders: preliminary empirical validation in elderly bereaved spouses- *Am J Psychiatry* -1995 (b); 152:22-30.
 97. Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds CF 3rd, Bierhals AJ, Newsom JT, Fasiczka A, Frank E, Doman J, Miller M. Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Res*. 1995(a) Nov 29; 59(1-2):65-79.
 98. Prigerson HG, Shear MK, Newsom JT, Frank E, Reynold CF 3rd, Maciejewski PK, Houck PR, Bierhals AJ, Kupfer Dj. Anxiety among widowed elders: is it distinct from depression and grief? *Anxiety*. 1996(a); 2(1): 1-12.
 99. Raphael B, Martineck N. Assessing traumatic bereavement and post traumatic stress disorder. In Wilson J. and Keane T. *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York : Guilford Press. 1997 : 373-395.

100. Razavi D, Delvaux N, Farvacques C, Robaye E. Validation de la version française du HADS dans une population de patients cancéreux hospitalisés. *Rev. Psychol. App.*, 1989, 39 : 295-308.
101. Robichaud S, Maltais D, Lalande G, Simard A, Moffat G. Les inondations de juillet 1996: une série d'événements stressants. *Service social*, 2001 ; vol.48 : 16-33.
102. Romano H, Baubet T, Rezzoug D, Roy I. Prise en charge du deuil post traumatique chez l'enfant suite à une catastrophe naturelle. *Annales Medico Psychologiques*. 2006 ; 164 : 208-214.
103. Rubin SS, Malkinson R, Witztum E. Loss, bereavement, and trauma: an overview. In Malkinson R, Rubin SS, Witztum E. *Traumatic and non traumatic loss and bereavement: clinical theory and practice*. Madison Connecticut: psychosocial Press. 2000: 5-34.
104. Shear MK, Franck E, Foa e, Cherry C, Reynold III CF, Vander Bilt J, Masters S. Traumatic grief treatment: a pilot study. *Am J Psychiatry*. 2001; 158: 1506 – 1508.
105. Silverman GK, Jacobs SC, Kasl SV, Shear MK, Maciejewski PK, Noaghiul FS, Prigerson HG. Quality of life impairments associated with diagnostic criteria for traumatic grief. *Psychol Med*. 2000; 30 (4): 857-62.
106. Silverman GK, Johnson JG, Prigerson HG. Preliminary explorations of the effects of prior trauma and loss on risk for psychiatric disorders in recently widowed people. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2001; 38 (3-4): 202-215.
107. Stoleru S, Lebovici S. L'interaction parent-nourrisson. In Lebovici S, Diatkine R, Soulé M. *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Tome I*. Paris : PUF, 1985 : 3319-339.
108. The ESEMeD/MHEDEA 2000 investigators. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand* 2004 ; 109(Suppl. 420) : 21-27.
109. TLFi: Trésor de la Langue Française Informatisé. www.tlfi.fr
110. Ursano RJ, Fullerton CS, Epstein RS, Crowley B, Vance K, Kao TC, Baum A.- Peritraumatic Dissociation and Posttraumatic Stress Disorder Following Motor Vehicle Accidents - *Am J Psychiatry*. 1999, 156:1808-1810.

111. Van Doorn C, Kasl SV, Beery LC, Jacobs SC, Selby C, Prigerson HG. The influence of marital quality and attachment styles on traumatic Grief and depressive symptoms. *J Nerv Ment Dis.* 1998 Sep; 186(9):566-73.
112. Vanderwerker LC, Jacobs SC, Parkes CM, Prigerson HG. An exploration of associations between separation anxiety in childhood and complicated grief in later life. *J Nerv Ment Dis.* 2006; 194: 121-123.
113. Vargas L.A., Loya F., Hodde-Vargas. Exploring the Multidimensional Aspects of grief Reactions. *Am J Psychiatry*, 1989, 146, n° 11, 1484- 1488.
114. Veilleux N, Moro MR, Lepplomb MM, Baubet T. Trauma extrême et deuil. Prise en charge psychothérapeutique en situation de guerre. *Stress et Trauma.* 2004 ; 4 (4) : 265-270.
115. Viederman M. – Grief: Normal and Pathological Variants. – *Am J Psychiatry*, 1995, 152, 1- 4 .
116. Wang X, Gao L, Shinfuku N, Zang H et al.- Study of earthquake-related PTSD in a randomly selected community sample in North China. *Am J psychiatry* 2000; 157:1260-1266.
117. Weine SM, Vojvoda D, Becker DF, McGlashan TH, Hodzic E, Laub D, Hyman L, Sawyer M, Lazrove S.-PTSD symptoms in Bosnian refugees 1 year after resettlement in the United States. *Am J Psychiatry.* 1998 Apr; 155(4):562-4.
118. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatr. Scand.*, 1983, 67: 361-370.
119. Zisook S, Chentsova-Dutton Y, Shuchter SR. PTSD following bereavement. *Ann Clin Psychiatry.* 1998; 10: 157-163.
120. Zisook S, Schneider d, Shuchter SR. Anxiety and bereavement. *Psychiatr Med.* 1990; 8(2): 83-96
121. Zisook S, Shuchter SR, Lyons LE. Predictor of psychological reactions during the early stage of widowhood. *Psychiatr Clin North Am.* 1987 sep ; 10: 355-368.
122. Zisook S, Shuchter SR. Depression trough the first year after the death of a spouse. *Am J Psychiatry.* 1991, 148: 1346-1352.

